

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**  
**SUBGERENCIA CORPORATIVA**

**AREA FINANCIERA SUB - UNIDAD DE PRESUPUESTO**

**CERTIFICACIÓN DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL NUMERO: 407**

**UNIDAD EJECUTORA:** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**CODIGO:** 2264110016

**AÑO:** 2026

**EL RESPONSABLE DEL ÁREA DE PRESUPUESTO CERTIFICA:**

SE EXPIDE EL PRESENTE CERTIFICADO A SOLICITUD DE: **ANA MARIA COBOS BAQUERO**  
 NOMBRE: **GERENTE**

**OBJETO CDP:** PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO V PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-MEDICINA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**DISPONIBILIDAD PRESENTE:** 315.695.368,00

QUE EXISTE APROPIACIÓN PRESUPUESTAL DISPONIBLE Y LIBRE DE AFECTACIÓN EN EL (LOS) SIGUIENTE (S) RUBRO PRESUPUESTAL.

GASTO	RUBRO	RECURSO	CONCEPTO	VALOR	DEBITOS	CREDITOS	VALOR ACTUAL
B	4212020200901	10	HONORARIOS	\$ 12.873.390,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 12.873.390,00
				TOTAL:		\$ 12.873.390,00	\$ 12.873.390,00

**VALOR EN NÚMEROS Y LETRAS** 12.873.390,00 DOCE MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS NOVENTA PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

EL PRESENTE CERTIFICADO SE EXPIDE EL 05/03/2026 Y TIENE VIGENCIA HASTA EL 31/12/2026



Ronald José Payares S

**RESPONSABLE DE PRESUPUESTO**

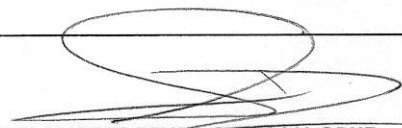




**Bogotá D.C. Diagonal 34 N° 5 - 43**

NOTA: SE ENTIENDE QUE ESTA CERTIFICACIÓN ES ESTRICTAMENTE PRESUPUESTAL Y SOMETIDA AL CUMPLIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO CONTRACTUAL LEGAL ESTABLECIDO

Fecha de realización de la solicitud:

18/02/2026

**DATOS DEL SOLICITANTE**

<b>Proceso solicitante:</b>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E - DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS		
<b>Objeto:</b>	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO Y PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-MEDICINA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
<b>Rubro presupuestal Código y nombre:</b>	4212020200901 - HONORARIOS		
<b>Valor Solicitado en números</b>	\$	<b>12.873.390</b>	
<b>Valor Solicitado en letras</b>	DOCE MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES MIL TRECIENTOS NOVENTA PESOS M/CTE		
<b>FIRMAS</b>	<b>Nombre y firma. Dirección Financiera:</b>	 <b>DR. ANDRES FELIPE GUZMAN CRUZ</b> DIRECTOR FINANCIERO	
	<b>Nombre y firma. Subgerencia Responsable</b>	 <b>DRA. ELIANA IVONT HURTADO SEPULVEDA</b> SUBGERENTE SERVICIOS DE SALUD	
	<b>Nombre y firma. Ordenador del Gasto:</b>	 <b>DRA. ANA MARIA COBOS BAQUERO</b> GERENTE	
	<b>Nombre y firma del Responsable del Proceso</b>	 <b>DRA. MARTHA PATRICIA APONTE BERGARA</b> DIRECTORA DE HOSPITALIZACION	
	<b>Correo electrónico del Responsable del Proceso</b>	directorhospitalizacion@subredcentrooriente.gov.co	
	<b>Nombre y firma de quien elabora</b>	 <b>DEISY HENAO</b>	
	<b>Correo electrónico de quien elabora</b>	enlaceopdirhopitalizacion@subredcentrooriente.gov.co	

NOTA 1: De conformidad a lo establecido en Resolución SDH-000191 del 22 de septiembre de 2017 se adopta y consolida el Manual de Programación, Ejecución y Cierre Presupuestal del Distrito Capital, Modulo2.Numeral 3.5.2.