**ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION**

**NIT** 891780008

**Dirección** CALLE 16 NO 5A 46

**Teléfono** 54130043

| CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL | | | |
|---|---|---|---|
| **Número** | 448 | **Fuente** | 112 |

## CERTIFICA QUE:

Que en el presupuesto de Rentas, Recursos de Capital y Gastos de laVigencia Fiscal, existe disponibilidad presupuestal

| | |
|---|---|
| **Fecha:** | 13/08/2026 |
| **Concepto:** | SE EXPIDE EL PRESENTE CDP PARA LA CONTRATACION DE PRESTACION DE SERVICIOS DE REOLCECIO, TRANSPORTE Y DISPOSICION FINAL CONTROLADA DE RESIDUOS DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN RAFAEL DE FUNDACION MAGDLENA |

| Rubro | Descripción | D/C | Débito | Crédito |
|---|---|---|---|---|
| 2.1.2.02.02.008 | Servicios prestados a las empresas y servicios de producción | C | $ 0,00 | $ 14.000.000,00 |

**TOTAL** 14.000.000,00

NICOLAS TAFUR