

Certificado de Disponibilidad Presupuestal – Comprobante.

Usuario Solicitante:  
Unidad ó Subunidad  
Ejecutora Solicitante:  
Fecha y Hora Sistema:

MHbvelsque  
16-01-02-005  
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 6

2/09/2026 12:00:00 p. m.

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

El suscrito Jefe de Presupuesto CERTIFICA que existe apropiación presupuestal disponible y libre de afectación en los siguientes "Ítems de afectación de gastos"

|                       |               |                          |            |                               |                                                   |
|-----------------------|---------------|--------------------------|------------|-------------------------------|---------------------------------------------------|
| Número:               | 96926         | Fecha Registro:          | 2026-09-02 | Unidad / Subunidad ejecutora: | 16-01-02-005 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 6 |
| Vigencia Presupuestal | Actual        | Estado:                  | Generado   | Tipo:                         | Gasto                                             |
| Valor Inicial:        | 39.000.000,00 | Valor Total Operaciones: | 0,00       | Valor Actual.:                | Saldo x Comprometer:                              |
|                       |               |                          |            |                               | 39.000.000,00                                     |
|                       |               |                          |            | Uso Caja Menor                | Ninguno                                           |
|                       |               |                          |            |                               | 39.000.000,00                                     |
|                       |               |                          |            | Saldo x Comprometer:          | 0,00                                              |

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

|         |       |                 |            |         |  |                            |  |                   |  |
|---------|-------|-----------------|------------|---------|--|----------------------------|--|-------------------|--|
| Número: | 98126 | Fecha Registro: | 2026-09-02 | Número: |  | Modalidad de contratación: |  | Tipo de contrato: |  |
|---------|-------|-----------------|------------|---------|--|----------------------------|--|-------------------|--|

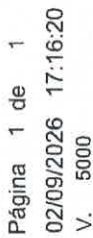
ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

| DEPENDENCIA        | POSICION CATALOGO DE GASTO                                                         | FUENTE | RECURSOR ECURSO | SITUAC. | FECHA OPERACIONAL | VALOR INICIAL | VALOR OPERACION | VALOR ACTUAL  | SALDO X COMPROMETIDO | VALOR BLOQUEADO |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------|---------|-------------------|---------------|-----------------|---------------|----------------------|-----------------|
| 005 ATENCION SALUD | ACTIVIDADES DE SERVICIOS PARA EL CIUDADANO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES | Nación | 16              | SSF     |                   |               |                 |               |                      |                 |
| Total:             |                                                                                    |        |                 |         |                   | 39.000.000,00 | 0,00            | 39.000.000,00 | 39.000.000,00        | 0,00            |

Objeto:

CORDOBA PRESTACION SERVICIOS HOSPITALARIOS, QUIRURGICOS, MEDICAMENTOS Y URGENCIAS DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD, MUNICIPIO DE SAHAGUN, CPA 709, MCT 0337-26, PLAZO 31/12/2026

Firma Responsable



**CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL**      **Numero: 724**

EL JEFE DE LA: PRESUPUESTO

**CERTIFICA:**

Que en el presupuesto de gastos para la presente vigencia fiscal, existe disponibilidad presupuestal por cuantía de TREINTA Y NUEVE MILLONES DE PESOS M/CTE \*\*\* \$39,000,000.00 para ampliar el cumplimiento que se pretende realizar, no se altera la contabilidad.

Por Concepto de:

CORDOBA PRESTACI  
BAJA Y MEDIANA CON

Estado:

**GRABADO - ESTE DOCUMENTO NO ES VALIDO**

Area Solicitante: ATENCION SALUD SECCIONAL ANTIOQUIA

Nombre Solicitante: TC LILIANA ANDREA GIRALDO M

Fecha Solicitud: 02/09/2026

Observaciones:

Proyecto:

| AREA      | IMPUTACION PRESUPUESTAL |     |     |      |     |     |      |     |      |    | DESCRIPCION                                         | VIGENCIA | VALOR           |
|-----------|-------------------------|-----|-----|------|-----|-----|------|-----|------|----|-----------------------------------------------------|----------|-----------------|
|           |                         |     |     |      |     |     |      |     |      |    |                                                     |          |                 |
|           | Tpo                     | Cla | Cta | Scta | Obg | Ord | Sord | Aux | Recu |    |                                                     |          |                 |
| 071520200 |                         | 0   | 2   | 020  | 200 | 9   |      |     |      | 16 | SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES* | 2026     | \$39,000,000.00 |
| TOTAL     |                         |     |     |      |     |     |      |     |      |    |                                                     |          | \$39,000,000.00 |

Expedido a los 02 días del mes de Septiembre de 2026 en la ciudad de MEDELLIN

*Biviana*  
CPS. BIVIANA VELASQUEZ ACEVEDO  
RESPONSABLE DE PRESUPUESTO