## Compromiso Presupuestal de Gasto – Comprobante.

| | | |
|---|---|---|
| Usuario Solicitante: | MHdejimene | DEYSY ESPERANZA JIMENEZ ARANGUREN |
| Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: | 36-02-00-085-000000 | SENA REGIONAL CASANARE-DIRECCION REGIONAL |
| Fecha y Hora Sistema: | 25/09/2026 12:00:00 a. m. | |

**REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO**

**Con base en el CDP No: 4426 de fecha 2026-01-13. Se hizo el registro presupuestal con el siguiente detalle**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 58326 | **Fecha Registro:** | 2026-09-25 | **Unidad / Subunidad Ejecutora:** | | 36-02-00-085-000000 SENA REGIONAL CASANARE-DIRECCION REGIONAL | | | |
| **Vigencia Presupuestal** | Actual | **Estado:** | Generado | | | **Tipo de Moneda:** | COP-Pesos | **Tasa de Cambio:** | 0,00 |
| **Valor Inicial:** | 31.319.567,00 | **Valor Total Operaciones:** | 0,00 | | | **Valor Actual:** | 31.319.567,00 | **Saldo x Obligar:** | 31.319.567,00 |

**TERCERO ORIGINAL**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación: NIT** | 832000464 | **Razón Social:** | VISIONAMOS SALUD CENTRO DE DIAGNOSTICO CLINICO S.A.S. | **Medio de Pago:** | Abono en cuenta |

**CUENTA BANCARIA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 646039859 | **Banco:** | BANCO DE BOGOTA | **Tipo:** | Corriente | **Estado:** | Activa |

**ORDENADOR DEL GASTO**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación:** | 39620536 | **Nombre:** | JOHANA ASTRID MEDINA PEÑA | **Cargo:** | DIRECTOR REGIONAL CASANARE |

| **CAJA MENOR** | | | | **VIÁTICOS** | | | | **DOCUMENTO SOPORTE** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Identificación:** | | **Fecha de Registro:** | | **Genera Viáticos:** | No | **Num. Solicitud de Comisión:** | | **Número:** | CO1.PCCNTR.9977711 | **Tipo:** | CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS | **Fecha:** | 2026-09-23 |

**ÍTEM PARA AFECTACIÓN DE GASTO**

| DEPENDENCIA | POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO | FUENTE | RECURSO | SITUAC. | FECHA OPERACIÓN | VALOR INICIAL | VALOR OPERACIÓN | VALOR ACTUAL | SALDO X OBLIGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 101009 DESPACHO DIRECCIÓN - SALUD OCUPACIONAL | A-03-04-02-021 SERVICIOS MÉDICOS CONVENCIONALES (NO DE PENSIONES) | Propios | 27 | CSF | | 22.041.647,00 | 0,00 | | |
| | | | | | **Total:** | 22.041.647,00 | 0,00 | 22.041.647,00 | 22.041.647,00 |

| DEPENDENCIA | POSICIÓN CATÁLOGO DE GASTO | FUENTE | RECURSO | SITUAC. | FECHA OPERACIÓN | VALOR INICIAL | VALOR OPERACIÓN | VALOR ACTUAL | SALDO X OBLIGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 101009 DESPACHO DIRECCIÓN - SALUD OCUPACIONAL | C-3603-1300-20-20305C-3603025-02 ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE SABERES PREVIOS CON ÉNFASIS EN POBLACIONES CAMPESINAS Y POPULARES EN COLOMBIA NACIONAL | Nación | 10 | CSF | | 9.277.920,00 | 0,00 | | |
| | | | | | **Total:** | 9.277.920,00 | 0,00 | 9.277.920,00 | 9.277.920,00 |

| | |
|---|---|
| **Objeto:** | SERVICIO MEDICO: CONTRATAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES Y VACUNACIÓN PARA LOS FUNCIONARIOS DEL SENA REGIONAL CASANARE, SEGÚN RADICADO 85-9-2026-003984 |

| PLAN DE PAGOS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **DEPENDENCIA DE AFECTACION DE PAC** | | **POSICION DEL CATALOGO DE PAC** | | **FECHA** | **VALOR A PAGAR** | **SALDO POR OBLIGAR** | **LINEA DE PAGO** |
| 36-02-00-085-000000 | SENA REGIONAL CASANARE-DIRECCION REGIONAL | 3-8 | CNC - INVERSION ORDINARIA NACIÓN CSF | 2026-12-28 | 9.277.920,00 | 9.277.920,00 | NINGUNO |
| 36-02-00-085-000000 | SENA REGIONAL CASANARE-DIRECCION REGIONAL | 7-3 | TRANSFERENCIAS CTES Y CAPITAL PROPIOS CSF | 2026-12-28 | 22.041.647,00 | 22.041.647,00 | NINGUNO |

**MIRIAM RAMÍREZ RINCÓN**
**Coordinadora Grupo Mixto Apoyo Administrativo**