| Página: 1 de 1 | DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | POLICIA NACIONAL |
|---|---|---|
| Código: 1DE-FR-0033 | | |
| Fecha: 29/02/2024 | CERTIFICACIÓN PLAN DE ADQUISICIONES GASTOS DE FUNCIONAMIENTO | |
| Versión: 4 | | |

**FECHA** 20/10/2026

**CERTIFICADO No.** 571 PROGRAMA "O"

| UNIDAD QUE EJECUTA | UNIDAD QUE REQUIERE | UNIDAD DE AFECTACIÓN DEL GASTO | CODIGO UNSPSC | RUBRO PRESUPUESTAL | DESAGREGACIÓN PRESUPUSETAL | DESCRIPCIÓN DEL BIEN Y/O SERVICIO | VALOR UNITARIO (INCLUIDO IVA) | APORTES DE LA NACIÓN R10 | | FONDOS ESPECIALES R16 | | OTRO RECURSO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | CANT | VALOR TOTAL | CANT | VALOR TOTAL | CANT | VALOR TOTAL |
| RASES8 | UPRES MAGDALENA | 7 | 85121700 | SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES (020202009) | SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES (020202009003) | CERTIFICADO PLAN ANUAL DE ADQUISICONES QUE TIENE POR OBJETO PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA | 5.000.000,00 | | | | 5.000.000,00 | | |
| RASES8 | UPRES MAGDALENA | 7 | 85121700 | SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES (020202009) | SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES (020202009003) | CERTIFICADO CUPO VIGENCIA FUTURAS "AUTORIZADO MEDIANTE COMUNICADO OFICIAL GS-2026-093702-DISAN DEL CUPO AUTORIZADO A LA RASES No. 8" QUE TIENE POR OBJETO PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA | 88.000.000,00 | | | | 88.000.000,00 | | |
| | | | | | | | | - | - | | 93.000.000,00 | - | - |

Comunicacion oficial No. GS-2026-085632-DEMAG

No. SISCO PR-REGI8-0341-26

**VALOR TOTAL CERTIFICACIÓN** $ 93.000.000,00

TA-26 BIANCO MIGUEL PINTO ESCALANTE
**Responsable Plan Anual de Adquisiciones**

Lj. JOHN JAIRO SARRIA RIVERA
**Responsable planeacion Regional de Aseguramiento en Salud N° 8**

**RECIBE:**

Grado, Nombres y Apellidos: MAYOR LINDA YOHANNA IBARRA ALVAREZ

Cargo: JEFE UNIDAD PRESTADORA DE SALUD

Unidad: UPRES MAGDALENA

**INFORMACIÓN PÚBLICA**

Certificado de Disponibilidad Presupuestal – Comprobante.

| | | |
|---|---|---|
| Usuario Solicitante: | MHdrebolle | DANITZA PAOLA REBOLLEDO VALDEZ |
| Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: | 16-01-02-007 | REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 8 |
| Fecha y Hora Sistema: | 20/10/2026 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"**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Numero:** | 75426 | **Fecha Registro:** | 2026-10-20 | **Unidad / Subunidad ejecutora:** | 16-01-02-007 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 8 | | | | | | |
| **Vigencia Presupuestal** | Actual | **Estado:** | Generado | | **Tipo:** | Gasto | | | **Uso Caja Menor** | Ninguno | |
| **Valor Inicial:** | 5.000.000,00 | **Valor Total Operaciones:** | 0,00 | | **Valor Actual.:** | 5.000.000,00 | **Saldo x Comprometer:** | 5.000.000,00 | **Vr. Bloqueado** | 0,00 | |

| SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL | | | | AUTORIZACION DE ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Número:** | 78726 | **Fecha Registro:** | 2026-10-20 | **Número:** | | **Modalidad de contratación:** | | **Tipo de contrato:** | |

### ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

| DEPENDENCIA | POSICION CATALOGO DE GASTO | FUENTE | RECURSO RECURSO | SITUAC. | FECHA OPERACION | VALOR INICIAL | VALOR OPERACION | VALOR ACTUAL | SALDO X COMPROMETER | VALOR BLOQUEADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| O07 ATENCION SALUD | A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES | Nación | 16 | SSF | | | | | | |
| | | | | | **Total:** | 5.000.000,00 | 0,00 | 5.000.000,00 | 5.000.000,00 | 0,00 |

| | |
|---|---|
| **Objeto:** | PRESTACION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA PAA 571 UPRES DEMAG |

**D. ANABEL PAOLA RUIZ SANABRIA**

**JEFE FINANCIERO Y PRESUPUESTO RASES No.8 (E)**

Solicitud de Certificado de Disponibilidad Presupuestal – Comprobante

| | | |
|---|---|---|
| Usuario Solicitante: | MHcevega | CRISTIAN EDUARDO VEGA DUARTE |
| Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: | 16-01-02-007 | REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN |
| Fecha y Hora Sistema: | 20/10/2026 12:00:00 p. m. | |

**SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Numero.:** | 78726 | **Fecha Registro:** | 2026-10-20 | **Unidad / Subunidad ejecutora:** | 16-01-02-007 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD 8 | | |
| **Estado.:** | Generado | **Valor Inicial:** | 5.000.000,00 | **Valor Total Operaciones:** | 0,00 | **Valor Actual:** | 5.000.000,00 |

**ITEM PARA AFECTACION DE GASTO**

| DEPENDENCIA | POSICION CATALOGO DE GASTO | FECHA OPERACION | VALOR INICIAL | VALOR OPERACION | VALOR ACTUAL |
|---|---|---|---|---|---|
| O07 ATENCION SALUD | A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES | | | | |
| | | **Total:** | 5.000.000,00 | 0,00 | 5.000.000,00 |

| | |
|---|---|
| **Objeto:** | CERTIFICADO PLAN ANUAL DE ADQUISIONES QUE TINE POR OBJETO PRESTACION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA ,PAA 571 UPRES DEMAG |

**MY JAVIER ORLANDO MARTINEZ CARDENAS**

**JEFE GRUPO CONTRATOS RASES 8**

75426
559