

**MINISTERIO DE HACIENDA****CERTIFICADO DE APROPIACION PRESUPUESTARIA**

Sistema de Información de la Gestión Financiera

Período Fiscal : 2020

No. Expediente :

Fecha :	27	04	2020
	DD	MM	AAAA

No. Documento : EG1588021778694HsxrS

Capítulo : 0202-MINISTERIO DE INTERIOR Y POLICIA
 Sub Capítulo : 02-POLICIA NACIONAL
 Unidad Ejecutora : 0001-POLICIA NACIONAL
 Proceso : PREVISION COMPRA ALIMENTOS PARA HUMANOS, 2020
 No. Referencia :
 Monto Total Proceso :
 Moneda : PESOS DOMINICANOS

Se CERTIFICA que el Presupuesto General del Estado para el año 2020, aprobado por Ley No.506-19, dispone de balance de Apropriación Presupuestaria suficiente para iniciar procesos de contratación de bienes, obras y servicios por el monto indicado en este documento, en cumplimiento a lo establecido en el Decreto 15-17 del 08 febrero de 2017. De acuerdo al siguiente detalle :

Cuenta Presupuestaria	Nombre de la Cuenta Presupuestaria	Apropiación Presupuestaria 2020
2.3.1.1.01	Alimentos y bebidas para personas	13,679,099.20
2.3.3.2.01	Productos de papel y cartón	241,192.00
2.3.5.5.01	Artículos de plástico	126,370.00
Total		14,046,661.20

El monto de : **Catorce millones cuarenta y seis mil seiscientos sesenta y un con 20/100

Número de Preventivo	Fecha de Preventivo	Monto de Preventivo
2020.0202.02.0001.934-Versión 1	27/04/2020	14,046,661.20



Para la verificación de la integridad de este documento electrónico, ingresar a la siguiente dirección web:

<http://api-sigef.hacienda.gob.do/servicios/general/reporte/publico/RP158802201493013E2t0IPHA>



simet
I-30-87169-8

**MINISTERIO DE HACIENDA****CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD DE CUOTA PARA COMPROMETER**

Sistema de Información de la Gestión Financiera

Período Fiscal : 2020

No. Expediente :

Fecha :	29	04	2020
	DD	MM	AAAA

No. Documento : EG1588171867993Zonyp

Capítulo : 0202-MINISTERIO DE INTERIOR Y POLICIA

Sub Capítulo: 02-POLICIA NACIONAL

Unidad Ejecutora : 0001-POLICIA NACIONAL

Proceso : COMPROMISO PARA LA ADQUISICIÓN DE ALIMENTOS PARA HUMANOS, ARTÍCULOS PLÁSTICOS, DE PAPEL Y CARTÓN.

No. Referencia : _____

Monto Total Proceso : _____

Moneda : PESOS DOMINICANOS

Se **CERTIFICA** la Disponibilidad de Cuota para Comprometer en base al Presupuesto General del Estado para el año 2020, aprobado por Ley No. 506-19 que permite suscribir contratos de compra de bienes, obras y servicios o firmar órdenes de compras por el monto indicado en este documento, en cumplimiento a lo establecido en el Decreto 15-17 del 08 febrero de 2017. De acuerdo al siguiente detalle :

Cuenta Presupuestaria	Nombre de la Cuenta Presupuestaria	Apropiación Presupuestaria 2020
2.3.1.1.01	Alimentos y bebidas para personas	1,139,924.93
2.3.3.2.01	Productos de papel y cartón	20,099.33
2.3.5.5.01	Artículos de plástico	10,530.83
Total		1,170,555.09

El monto de : **Un millón ciento setenta mil quinientos cincuenta y cinco con 09/100 (1,170,555.09)

Número de Compromiso	Fecha de Compromiso	Monto de Compromiso
2020.0202.02.0001.964-Versión 1	29/04/2020	1,170,555.09

Certificado de Apropiación Presupuestaria No.: EG1588021778694HsxrS

Para la verificación de la integridad de este documento electrónico, ingresar a la siguiente dirección web:

<http://api-sigef.hacienda.gob.do/servicios/general/reporte/publico/RP1588172366959mkJVigxV8o>



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
SECRETARIA DE SALUD



Identificación de Subordinado: [Nombre y Apellido]

Código: [Número]

ASIGNACIÓN DE SUBORDINADO	FECHA DE ASIGNACIÓN	FECHA DE CANCELACIÓN
---------------------------	---------------------	----------------------

Identificación de Subordinado: [Nombre y Apellido]

FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA ASIGNACIÓN	FECHA DE CANCELACIÓN
2023-01-01	Asignación de Subordinado	2023-12-31
2023-01-01	Asignación de Subordinado	2023-12-31
2023-01-01	Asignación de Subordinado	2023-12-31
2023-01-01	Asignación de Subordinado	2023-12-31

DECLARACIÓN DE INTERÉS: Yo, [Nombre], declaro que no tengo ningún conflicto de interés en el desempeño de mis funciones...

Nombre: [Nombre Completo]

Código: [Código]

Fecha: [Fecha]

Función: [Función]

Departamento: [Departamento]

Municipio: [Municipio]

FECHA	ASIGNADO	REVISADO	VALIDADO
2023-01-01	[Nombre]	[Nombre]	[Nombre]

SECRETARÍA DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD

Smof