

**MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI**  
**ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS**      **MM**

Fecha elaboración por solicitante:      Fecha radicación Presupuesto:      Fecha radicación compras:      SOLICITUD DE COMPRA No. \_\_\_\_\_

DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
	OCTUBRE	2020		OCTUBRE	2020			

Nombre y código del Centro de costos:      RECREACIÓN A TRAVÉS DE INICIACIÓN Y FORMACIÓN DEPORTIVA EN SANTIAGO DE CALI      Nombre del Solicitante:      CARLOS ALBERTO DIAGO ALZATE      Cédula del Solicitante:      14.838.634

**Información presupuestaria**      **Material o Servicio Requerido:**

Campo obligatorio			Si se trata de un Proyecto es un campo obligatorio		Campo obligatorio		Campo obligatorio	CODIGO DEL MATERIAL	DESCRIPCIÓN DEL MATERIAL	Tipo imputación	Cod. almacén	U. M.	CANTIDAD		VALOR DEL MATERIAL		
Pospre	Centro Gestor	Fondo	Área Funcional	Elemento PEP	Mes PAC	Valor x mes de PAC	Mes requerido para recibir mat/serv						PEDIDA	AUTORIZADA	UNITARIO	%IVA	TOTAL
2-30503	4162	0-1103	52020020008	BP-26002669/1/01/01/09	OCTUBRE	\$ 1.968.000	OCTUBRE		Realizar la iniciación y formación deportiva con niños, niñas y adolescentes	P	13	Gl	3	3	\$ 1.968.000		\$ 5.904.000

**Observaciones:**  
PRESTACION DE SERVICIOS

VALOR TOTAL ANTES DEL IVA	\$ 5.904.000
VALOR TOTAL DEL IVA	
VALOR TOTAL DEL PEDIDO INCLUIDO IVA	\$ 5.904.000

**Justificación del Requerimiento:**  
Proyecto priorizado en armonización por la dependencia, como parte del POAI

**Marque con una X los Riesgos a Amparar (Clases de Polizas):**

<input type="checkbox"/> Seriedad de la oferta <input type="checkbox"/> Manejo y correcta inversión del <input type="checkbox"/> Cumplimiento del contrato <input type="checkbox"/> Estabilidad de la obra	<input type="checkbox"/> Pago de salarios, prestaciones. <input type="checkbox"/> Conformidad de los estudios <input type="checkbox"/> Calidad y correcto funcionamiento <input type="checkbox"/> Calidad del servicio
---	---

<input type="checkbox"/> Provisión de repuestos y accesorio <input type="checkbox"/> Garantía para contratos de comisión de estudio y becas <input type="checkbox"/> Seguro de responsabilidad civil	
--	--

Firma del solicitante:      JAOH      Firma de la persona que autoriza la solicitud:      CADA

JESUS MANUEL ARIZAMA  
monitor