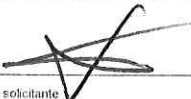


MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI																																																															
ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS MM																																																															
Fecha elaboración por solicitante <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NOVIEMBRE</td> <td>2020</td> </tr> </table>										DIA	MES	AÑO		NOVIEMBRE	2020	Fecha radicación Presupuesto <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NOV</td> <td>2020</td> </tr> </table>					DIA	MES	AÑO		NOV	2020	Fecha radicación compras <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					DIA	MES	AÑO				SOLICITUD DE COMPRA No. 																									
DIA	MES	AÑO																																																													
	NOVIEMBRE	2020																																																													
DIA	MES	AÑO																																																													
	NOV	2020																																																													
DIA	MES	AÑO																																																													
Nombre y código del Centro de costos: RECREACIÓN CON ESTRATEGIAS PARA EL ENVEJECIMIENTO FUNCIONAL SALUDABLE Y ACTIVO EN SANTIAGO DE CALI										Nombre del Solicitante: CARLOS ALBERTO DIAGO ALZATE					Cédula del Solicitante: 14.838.634																																																
Información presupuestaria																																																															
Campo obligatorio <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th>Pospre</th> <th>Centro Gestor</th> <th>Fondo</th> <th>Área Funcional</th> <th>Elemento PEP</th> <th>Mes PAC</th> <th>Valorxmes de PAC</th> <th>Mes requerido para recibir mat/serv</th> <th>CODIGO DEL MATERIAL</th> <th>DESCRIPCIÓN DEL MATERIAL</th> <th>Tipo Imputación</th> <th>Cod. almacén</th> <th>U. M.</th> <th colspan="2">CANTIDAD</th> <th colspan="3">VALOR DEL MATERIAL</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th>PEDIDA</th> <th>AUTORIZADA</th> <th>UNITARIO</th> <th>%IVA</th> <th>TOTAL</th> </tr> <tr> <td>2-30503</td> <td>4162</td> <td>0-1104</td> <td>52020040007</td> <td>BP-26002940/1/01/01/01</td> <td>NOVIEMBRE</td> <td>\$ 2 430.000</td> <td>NOVIEMBRE</td> <td></td> <td>Realizar estrategias en pro del envejecimiento funcional, saludable y activo con adultos mayores</td> <td>P</td> <td>13</td> <td>GI</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>\$ 2.430.000</td> <td></td> <td>\$ 4.860.000</td> </tr> </table>										Pospre	Centro Gestor	Fondo	Área Funcional	Elemento PEP	Mes PAC	Valorxmes de PAC	Mes requerido para recibir mat/serv	CODIGO DEL MATERIAL	DESCRIPCIÓN DEL MATERIAL	Tipo Imputación	Cod. almacén	U. M.	CANTIDAD		VALOR DEL MATERIAL																PEDIDA	AUTORIZADA	UNITARIO	%IVA	TOTAL	2-30503	4162	0-1104	52020040007	BP-26002940/1/01/01/01	NOVIEMBRE	\$ 2 430.000	NOVIEMBRE		Realizar estrategias en pro del envejecimiento funcional, saludable y activo con adultos mayores	P	13	GI	2	2	\$ 2.430.000		\$ 4.860.000
Pospre	Centro Gestor	Fondo	Área Funcional	Elemento PEP	Mes PAC	Valorxmes de PAC	Mes requerido para recibir mat/serv	CODIGO DEL MATERIAL	DESCRIPCIÓN DEL MATERIAL	Tipo Imputación	Cod. almacén	U. M.	CANTIDAD		VALOR DEL MATERIAL																																																
													PEDIDA	AUTORIZADA	UNITARIO	%IVA	TOTAL																																														
2-30503	4162	0-1104	52020040007	BP-26002940/1/01/01/01	NOVIEMBRE	\$ 2 430.000	NOVIEMBRE		Realizar estrategias en pro del envejecimiento funcional, saludable y activo con adultos mayores	P	13	GI	2	2	\$ 2.430.000		\$ 4.860.000																																														
Observaciones: PRESTACION DE SERVICIOS										<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>VALOR TOTAL ANTES DEL IVA</td> <td>\$ 4.860.000</td> </tr> <tr> <td>VALOR TOTAL DEL IVA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>VALOR TOTAL DEL PEDIDO INCLUIDO IVA</td> <td>\$ 4.860.000</td> </tr> </table>										VALOR TOTAL ANTES DEL IVA	\$ 4.860.000	VALOR TOTAL DEL IVA		VALOR TOTAL DEL PEDIDO INCLUIDO IVA	\$ 4.860.000																																						
VALOR TOTAL ANTES DEL IVA	\$ 4.860.000																																																														
VALOR TOTAL DEL IVA																																																															
VALOR TOTAL DEL PEDIDO INCLUIDO IVA	\$ 4.860.000																																																														
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): ☐ Seriedad de la oferta ☐ Manejo y correcta inversión del ☐ Cumplimiento del contrato ☐ Estabilidad de la obra										<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>☐ Pago de salarios, prestaciones</td> <td>☐ Provisión de repuestos y accesorio</td> </tr> <tr> <td>☐ Continuidad de los estudios</td> <td>☐ Garantía para contratos de comisión de estudio y becas</td> </tr> <tr> <td>☐ Calidad y correcto funcionamiento</td> <td>☐ Seguro de responsabilidad civil</td> </tr> <tr> <td>☐ Calidad del servicio</td> <td></td> </tr> </table>										☐ Pago de salarios, prestaciones	☐ Provisión de repuestos y accesorio	☐ Continuidad de los estudios	☐ Garantía para contratos de comisión de estudio y becas	☐ Calidad y correcto funcionamiento	☐ Seguro de responsabilidad civil	☐ Calidad del servicio																																					
☐ Pago de salarios, prestaciones	☐ Provisión de repuestos y accesorio																																																														
☐ Continuidad de los estudios	☐ Garantía para contratos de comisión de estudio y becas																																																														
☐ Calidad y correcto funcionamiento	☐ Seguro de responsabilidad civil																																																														
☐ Calidad del servicio																																																															
Firma del solicitante  JAOH										Firma de persona que autoriza la solicitud  CADA																																																					

Ma Amparo Diaz
Psicosocial

35-166104