

República de Colombia



Santiago de Cali

MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI

ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS

	Fecha Elaboración por Solicitante				Fecha Radicación Presupuesto			Fecha Radicación Compras			SOLICITUD DE COMPRA No.
	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	
		MAYO	2023			MAYO	2023				

Nombre y Código del Centro de Costos: 4162300000 -SUBSECRETARÍA DE INFRAESTRUCTURA DEPORTIVA Nombre del Solicitante: CARLOS ALBERTO DIAGO ALZATE Cédula del Solicitante: 14838634

Información Presupuestaria					Material o Servicio Requerido:												
Campo obligatorio			Si se trata de un Proyecto es un campo obligatorio		Campo Obligatorio		Campo Obligatorio	CODIGO DEL ELEM.PEP	DESCRIPCIÓN DEL ELEM.PEP	Tipo imputación	Cód. almacén	U. M.	CANTIDAD		VALOR DEL ELEM.PEP		
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
2-320202009	4162	121000	54020010005	BP-26002545/1/01/01/16	MAYO	\$ 3,154,000	MAYO		IMPLEMENTAR EL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN Y MEJORA CONTINUA EN EL MARCO DE LA OPERACIÓN DE LOS SISTEMA DE CONTROL	P	13	GI	6	6	\$ 3,154,000		\$ 18,924,000

Observaciones:	VALOR TOTAL ANTES DEL IVA	\$ 18,924,000
PRESTACION DE SERVICIOS	VALOR TOTAL DEL IVA	
	VALOR TOTAL DEL PEDIDO INCLUIDO IVA	\$ 18,924,000

Justificación del Requerimiento:

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 anticipo o pago anticipado
<input type="checkbox"/>	Cumplimiento del contrato
<input type="checkbox"/>	Estabilidad de la obra

<input type="checkbox"/>	Pago de salarios, prestaciones sociales e indemnización del
<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

Firma de Persona que Autoriza la Solicitud

DAVID ALEJANDRO ROA MEDINA

LAURA