

SOLICITUD DE CDP



ESPACIO DILIGENCIADO POR SECRETARIA DE HACIENDA	
SOLICITUD No. _____	FECHA: _____ DÍA MES AÑO
CDP No. _____	_____

DEPENDENCIA SOLICITANTE: SECRETARIA DE SALUD

SOLICITO LA EXPEDICION DE UN CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL, SEGÚN LO SIGUIENTE :

OBJETO	REALIZAR I SIMPOSIO MUNICIPAL DE SALUD MENTAL EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA "PERSPECTIVA DEL USO DE DROGAS Y TRASTORNOS DUALES," EN LA CONMEMORACIÓN DEL DÍA INTERNACIONAL DE LA LUCHA CONTRA EL USO INDEBIDO Y EL TRÁFICO ILÍCITO DE DROGAS, EN EL MUNICIPIO DE YOPAL
---------------	--

PROGRAMA *: ASEGURAMIENTO Y PRESTACIÓN EN SALUD PÚBLICA CON AUTORIDAD

PROYECTO *: FORTALECIMIENTO EN LA GESTION Y PROMOCION DE LA SALUD PÚBLICA EN EL MUNICIPIO DE YOPAL

COMPONENTE *: Fortalecer la articulación transectorial y comunitaria, gestión integral de los riesgos y disminución del impacto de la carga de enfermedad de la salud mental y convivencia social

PRODUCTO Servicio de gestión del riesgo en temas de consumo de sustancias psicoactivas

CPC DANE

BPIN 2021-85001-0006

ACTIVIDAD *: Ajustar y mantener la estrategia de reducción de consumo de sustancias psicoactivas

ITEM	CODIGO DEL RUBRO	RC	FUENTE	VALOR
RUBRO 1.	2.3.2.02.02.009.19.10		1.2.1.0.00.01 - Ingresos corrientes de Libre Destinación	26.926.600
RUBRO 2.				
RUBRO 3.				
TOTAL	26.926.600		VALOR TOTAL EN LETRAS: VEINTISEIS MILLONES NOVECIENTOS VEINTISEIS MIL SEISCIENTOS PESOS ML/CTE. (\$26.926.600)	

SOLICITO PROGRAMACION ANUAL MENSUALIZADO DE CAJA - PAC-, SEGÚN LO SIGUIENTE :

PLAZO (Número y Letras): QUINCE(15) DIAS

FORMA DE PAGO:

El valor del contrato que se derive en el presente proceso se cancelará de la siguiente forma: A la presentación de una Única Acta por el 100% por ciento del valor del contrato, una vez se cuente con el recibido a satisfacción por parte del supervisor, presentación de la cuenta de cobro y/o factura, suscripción de acta liquidación, Pago de parafiscales, certificación de cumplimiento, entrada a almacén y demás documentos de ley que se requieran para su liquidación

PAC PROYECTADO: ☐ ENERO ☐ FEBRERO ☐ MARZO ☒ ABRIL ☐ MAYO ☐ JUNIO ☒ JULIO

☐ AGOSTO ☒ SEPTIEMBRE ☐ OCTUBRE ☐ NOVIEMBRE ☐ DICIEMBRE ☐ VIGENCIA FUTURA

Elaboró (Nombre y Cargo):

REVISÓ:

FIRMA

*BANCO DE PROYECTOS

NOMBRE:

CARGO:

xxxxxxx

xxxxxxx

APROBÓ:

FIRMA

FIRMA SOLICITANTE (Secretario de Despacho o Jefe de Oficina Asesora)

NOMBRE:

CARGO:

CARLOS ALBERTO RIVERA NIÑO

SECRETARIO DE SALUD

* = SOLO PARA ESTUDIOS PREVIOS DE PROYECTOS DE INVERSIÓN