**RED DE SALUD DEL ORIENTE**
**Nit. 805027337-4**
**CALLE 72U N 28E-00 POBLADO II, CALI - Tel:4377777**

**CERTIFICADO DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL**
**No. 202400210**
07/03/2024

**EL RESPONSABLE DE PRESUPUESTO**

**C E R T I F I C A :**

Que en el presupuesto del(la) RED SALUD DEL ORIENTE E.S.E de la presente vigencia fiscal del 2024, existe CERTIFICADO DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL, con la siguiente denominación:

**Concepto :** COMPRA DE INSUMOS ODONTÓLOGICOS ( MATERIALES Y SUMINISTROS PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO-DECLARANTES 2,5% (24010101) )

| Rubro | Descripción | Valor |
|---|---|---|
| 2 | GASTOS | |
| 24 | GASTOS DE OPERACIÓN COMERCIAL | |
| 245 | GASTOS DE COMERCIALIZACIÓN Y PRODUCCIÓN | |
| 24501 | MATERIALES Y SUMINISTROS | |
| 2450103 | OTROS BIENES TRANSPORTABLES (EXCEPTO PRODUCTOS METÁLICOS, MAQUINARIA Y EQUIPO) | $245.736.451.00 |
| 2450104 | PRODUCTOS METÁLICOS, MAQUINARIA Y EQUIPO | $166.162.249.00 |
| | **TOTAL:** | **$411.898.700.00** |

**SON**
CUATROCIENTOS ONCE MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS PESOS M/CTE

Expedido en el municipio de CALI, a los 07 dias del mes de Marzo de 2024 para efectos del control presupuestal.

ASCENETH BALLESTEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO
66921704

OSCAR IPIA LOPEZ
GERENTE
16659399

# FORMATO SOLICITUD DE BIENES Y SERVICIOS

| FECHA: MARZO 2024 | SERVICIO / PROCESO: SUBGERENCIA DMINISTRATIVA Y FINANCIERA |
|---|---|

**TIPO DE NECESIDAD**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Bienes | | Servicios | X | Este articulado al PAA: SI __X___ No _____<br>¿Si no está indique por qué? _____ |

**JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD**

SUMINISTRAR INSUMOS Y/O SUMINISTROS ODONTOLOGICOS REQUERIDOS POR NUESTROS FUNCIONARIOS PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO EN TODAS LAS IPS ADSCRITAS A LA RED DE SALUD DEL ORIENTE E.S.E.

**CLASIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS**

| Código Segmento | Código Familia | Código Clase | Código Producto | Nombre Producto |
|---|---|---|---|---|
| 42000000 | 42150000 | | | EQUIPOS Y SUMINISTROS DENTALES |
| | | | | |
| | | | | |

| | |
|---|---|
| Nombre solicitante | Nombre jefe Inmediato |

**ESPACIO EXCLUSIVO PARA GERENCIA**

Aprobado por el comité de compras mediante Acta N°: _____ de _____

Se envía al área de Presupuesto para solicitud de CDP que ampare el proceso de selección

Firma Ordenador del Gasto

ESPACIO EXCLUSIVO PARA PRESUPUESTO

| | |
|---|---|
| No. de CDP: | 2024000210 |

Observaciones:

Firma Responsable de Presupuesto