| | | | |
|---|---|---|---|
| | **MUNICIPIO DE VILLA DE LEYVA – BOYACÁ**<br>**NIT. 891.801.268-7**<br>SISTEMA INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION | | |
| APOYO<br>GESTIÓN FINANCIERA | FORMATO | F-GF-03<br>Versión 04 | Página 1 de 1<br>11/01/2024 |
| | | SOLICITUD PRESUPUESTAL | |

| | |
|---|---|
| **FECHA DE SOLICITUD** | 07/02/2025 |

Señores Secretaria de Hacienda, me permito solicitar Certificado de Disponibilidad Presupuestal para la presente vigencia fiscal, según las siguientes especificaciones :

| **OBJETO DEL GASTO O INVERSION** | **VALOR** | **AFECTACION PRESUPUESTAL SOLICITADA** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **RUBRO PRESUPUESTAL** | **FUENTE** | **PRODUCTO** | **CPC** | **BPIN** | **DENOMINACION DEL RUBRO** |
| PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA REVISIÓN MÉDICO OCUPACIONAL Y FORTALECIMIENTO, SEGUIMIENTO Y CONTROL AL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN LO REFERENTE A MEDICINA PREVENTIVA PARA LOS FUNCIONARIOS DE PLANTA DEL MUNICIPIO DE VILLA DE LEYVA | $ 20,000,000.00 | 2.1.2.02.02.008.02 | 1.2.1.0.00 | | | | Remuneración Servicios Técnicos y Profesionales / Ingresos Corrientes de libre des / ADMINISTRACION CENTRAL |
| **VALOR TOTAL** | **$** | | | | | | **20,000,000.00** |

| | | |
|---|---|---|
| **FIRMA** | | |
| **NOMBRE FUNCIONARIO** | **LUIS MIGUEL RODRÍGUEZ RORDRÍGUEZ** | **Vo.Bo. Alcalde Municipal** |
| **DEPENDENCIA ORIGEN:** | SECRETARIA GENERAL Y GESTIÓN ADMINISTRATIVA | |
| **Vo. Bo. SECRETARÍA DE HACIENDA** | | |

| | |
|---|---|
| **OBSERVACIONES** | |

**RECEPCION EN HACIENDA:**

| | DD/MM/AA | FIRMA |
|---|---|---|
| RECIBI: | | |