SOLICITUD No.	**01**		
FECHA DE SOLICITUD	**05**	**01**	**2025**
	DÍA	**MES**	**AÑO**

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre Dependencia	**GERENCIA**
Nombre Solicitante (Jefe Dependencia o Director Proyecto)	**ZULMA CONSTANZA GAMBA MILA**

2. CONCEPTO DEL GASTO:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA ADELANTAR Y HACER SEGUIMIENTO A LA CONTABILIDAD Y DEMÁS INFORMES QUE SE REQUIERAN A FAVOR DE LA E.S.E. CENTRO DE SALUD NUEVO COLON

3. VALOR TOTAL DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL SOLICITADA

VALOR ($)	**$12.000.000.oo**

4. RUBRO PRESUPUESTAL

212020200901	**SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD, SOCIALES Y PERSONALES ADMINISTRATIVO**	**$12.000.000.oo**

ZULMA CONSTANZA GAMBA MILA
Gerente