

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE SALUD DE COMBITA	REGISTRO SOLICITUD CDP	
	GESTIÓN CONTRACTUAL	Código: F-A-CO-02	Versión: 0
	PROCESO: PLANEACIÓN ESTRATÉGICA CONTRACTUAL	Fecha: 31/03/2015	Pág. 1 de 1

SOLICITUD No.	MODIFICATORIO DE CONTRATO APS 016-2026			TIPO DE SOLICITUD	REDUCCIÓN A REGISTRO	X
FECHA DE SOLICITUD	25	ENERO	2026		ADICIÓN	
	DÍA	MES	AÑO			
1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE						
Nombre Proyecto	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE:"FORTALECIMIENTO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, A TRAVÉS DE LA CONFORMACIÓN Y OPERACIÓN DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD ASIGNADOS MEDIANTE LA RESOLUCIÓN 877 DE 2025 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL" , BAJO CRITERIOS DE OPORTUNIDAD, EFICIENCIA Y EFICACIA, Y PRINCIPIOS ÉTICOS DE AUTONOMÍA, NO MALEFICENCIA, JUSTICIA, BENEFICENCIA Y DEMÁS ACTIVIDADES AFINES AL DESARROLLO DEL OBJETO.					
Nombre Solicitante	LILIANA PAOLA HERNÁNDEZ SUÁREZ					
Correo-e	gerencia@ese-combita-boyaca.gov.co	Cel. 3108819247				
2. INFORMACIÓN ADICIONAL						
Me permito solicitar expedir Certificado de Disponibilidad presupuestal, de acuerdo con la siguiente información:						
PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE:"FORTALECIMIENTO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, A TRAVÉS DE LA CONFORMACIÓN Y OPERACIÓN DE EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD ASIGNADOS MEDIANTE LA RESOLUCIÓN 877 DE 2025 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL" , BAJO CRITERIOS DE OPORTUNIDAD, EFICIENCIA Y EFICACIA, Y PRINCIPIOS ÉTICOS DE AUTONOMÍA, NO MALEFICENCIA, JUSTICIA, BENEFICENCIA Y DEMÁS ACTIVIDADES AFINES AL DESARROLLO DEL OBJETO.						
3. VALOR						
En el valor solicitado se debe contemplar todos los impuestos a que haya lugar, como el IVA.						
	VALOR (\$)	\$ 5.500.000	(SIN INCLUIR LA CONTRIBUCIÓN ESPECIAL DEL 4X1,000)			
Firma Solicitante Gerente ESE Cóbbita						
4. AUTORIZACIÓN						
Esta sección es de uso exclusivo para la Tesorería General						
APROBADA : <input checked="" type="checkbox"/>			RECHAZADA: <input type="checkbox"/>			
FIRMA DEL ORDENADOR			Vo. Bo. Tesorero			
5. OBSERVACIONES						

