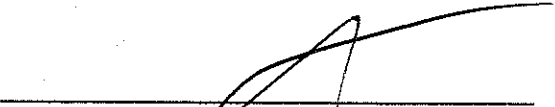
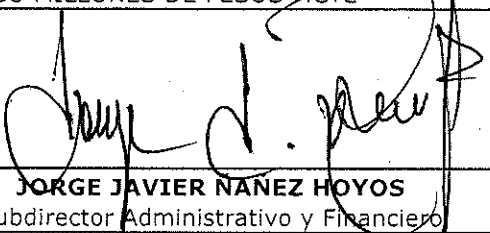


	FORMATO SOLICITUD DE CERTIFICADO DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	GFI-FT-009	VERSION: 01
TIPO DE SOLICITUD	INICIAL	FECHA 1/01/2026	
1. INFORMACION DEL SOLICITANTE			
Nombre dependencia	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		
Responsable dependencia	JORGE JAVIER NANEZ HOYOS		
Nombre solicitante (jefe dependencia o director de proyecto)	LILIBETH SHELIN QUIÑONES SAAVEDRA		
Cargo solicitante	DIRECTOR APOYO LOGISTICO		
RUBRO PRESUPUESTAL 1	RUBRO PRESUPUESTAL 2	RUBRO PRESUPUESTAL 3	RUBRO PRESUPUESTAL 4
2,4,5,01,03,04	0	0	0
MATERIAL ODONTOLOGIA			
DESCRIPCION			
SUMINISTRO DE INSUMOS ODONTOLOGICOS PARA EL HOSPITAL LUIS ABLANQUE DE LA PLATA ESE			
VALOR	\$495.000.000,00		
	CUATROCIENTOS NOVENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS MCTE		
 EDGAR EDUARDO VILLA Agente Especial Interventor		 JORGE JAVIER NANEZ HOYOS Subdirector Administrativo y Financiero	