	FORMATO SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	GDP-FT-001	VERSION: 01

TIPO DE SOLICITUD		FECHA		
		12	02	2026

1. INFORMACION DEL SOLICITANTE

Nombre dependencia	SUBGERENCIA ASISTENCIAL
Responsable dependencia	CARLOS ALFREDO VALVERDE ZAMORA
Nombre solicitante (jefe dependencia o director de Proyecto)	CARLOS ALFREDO VALVERDE
Cargo solicitante	

RUBRO PRESUPUESTAL 1	RUBRO PRESUPUESTAL 2	RUBRO PRESUPUESTAL 3	RUBRO PRESUPUESTAL 4
2,4,5,02.09.02	0	0	0

REMUNERACION SERVICIOS TECNICOS		

2. CONCEPTO DEL GASTO

DESCRIPCION

MEDICION MENSUAL DOSIMETRIA, PARA EL PERSONAL QUE LABORA EN SALAS DE RAYOS X OCUPACIONALMENTE EXPUESTO A RADICACIONES IONIZANTES Y DAR CUMPLIMIENTO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE RELACIONADA CON HABILITACION DEL SERVICIO, RESOLUCION 3100 DEL 2019 Y RESOLUCION 482/18 DEL HOSPITAL LUIS ABLANQUE DE LA PLATA E.S. E

VALOR	$4.207.860
	CUATRO MILLONES DOSCIENTOS SIETE MIL OCHOCIENTOS SESENTA MIL PESOS M/CTE

EDGAR EDUARDO VILLA AGENTE INTERVENTOR HLAP	**CARLOS ALFREDO VALVERDE** SUBGERENTE ASISTENCIAL HLAP
AUTORIZO	TRAMITO