| | 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.** | **APS 053-2026** | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA DE SOLICITUD** | **08** | **ABRIL** | **2026** |
| | DÍA | MES | AÑO |

| **TIPO DE SOLICITUD** | INICIAL | X |
|---|---|---|
| | ADICIÓN | |

**1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre Proyecto | PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO ENFERMERA, PARA LA EJECUCIÓN EXCLUSIVA DE ACTIVIDADES EN EL CENTRO PENITENCIARIO EL BARNE, EN EL MARCO DEL PROYECTO DENOMINADO "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 PROTECCIÓN 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 ENFERMERA, PARA LA EJECUCIÓN EXCLUSIVA DE ACTIVIDADES EN EL CENTRO PENITENCIARIO EL BARNE, EN EL MARCO DEL PROYECTO DENOMINADO "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 PROTECCIÓN 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 ($)** | **$ 25.600.000** |
|---|---|

(SIN INCLUIR LA CONTRIBUCIÓN ESPECIAL DEL 4X1,000)

Firma Solicitante
**Gerente ESE Cómbita**

**4. AUTORIZACIÓN**

Esta sección es de uso exclusivo para la Tesorería General

| APROBADA : X | RECHAZADA: |
|---|---|
| FIRMA DEL ORDENADOR | Vo. Bo. Tesorero |

**5. OBSERVACIONES**

TESORERO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CENTRO DE SALUD DE COMBITA
TESORERO