JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE NARIÑO

Formato Solicitud de Certificado de Disponibilidad presupuestal

1.NUMERO DE COMUNICADO INTERNO:	6	2. FECHA DE SOLICITUD (dd / mm / aaaa)		
3. AREA QUE LO SOLICITA	JURIDICA	2	1	2026

4. TIPO DE GASTO

2.5. DIVERSOS	x	2..5.5.. GASTOS MEDICOS	

5. MOTIVACIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CDP

6. OBJETO DEL CDP / DATOS AREA CONTABLE: SERVICIO DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS

7. IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL

CTA	SUB CTA	OBJ	NOMBRE DEL AREA QUE SOLICITA	NOMBRE ORDENADOR PAGO	ITEM	SUB ITEM	Concepto	Valor $
510584	51058401	Gastos medicos y drogas	Johana Nathaly Bravo Benavides	Dora Ines Gañan Guapacha	2	5	Solicitar examenes medicos de ingresos y de egresos del personal	600.000
Valor en letras:			SEISCIENTOS MIL PESOS MCTE					600.000

8. Coordinador del área que solicita

Nombre: JOHANA NATHALY BENAVIDES BRAVO
C.C. No. 1085246844
Cargo: JURIDICA

Firma

09. Ordenador del Gasto

Elaboró: ALEYDA FABIOLA PARRA PAY -CONTADOR

Nombres DORA INES GAÑAN GUAPACHA
Cargo: SECRETARIA TECNICA

Firma Digital

JUNTA REGIONAL CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE NARIÑO
CONTABILIDAD

8