

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

TIPO DE SOLICITUD		FECHA				
		02	03	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			
2.1.2.02.02.009.03	0	0	0			
2. CONCEPTO DEL GASTO						
DESCRIPCION PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR, PARA LA OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD ESPECIALIZADOS DEL HOSPITAL LUIS ABLANQUE DE LA PLATA, EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, DE CONFORMIDAD CON LA RESOLUCIÓN 00001008 DEL 23 DE MAYO DE 2025, DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL						
VALOR	\$95.303.750					
	NOVENTA Y CINCO MILLONES TRESCIENTOS TRES MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE					
 EDGAR EDUARDO VILLA AGENTE INTERVENTOR HLAP		 CARLOS ALFREDO VALVERDE SUBGERENTE ASISTENCIAL HLAP				
AUTORIZO		TRAMITO				