

## Solicitud de Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP)

5

Fecha ABRIL 2026

Cordialmente Solicito la elaboración del certificado de disponibilidad presupuestal con el presente **objeto**:

Prestar servicios profesionales en la Secretaría de Salud de Santiago de Cali.

| CENTRO GESTOR | FONDO         | PROGRAMA (FICHA EBI) | ÁREA FUNCIONAL | ELEMENTO PEP           | ACTIVIDAD (TEXTO)                                                               | POSPRE          | VALOR      |
|---------------|---------------|----------------------|----------------|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------|
| 4145          | 1.2.4.2.02.01 | BP-26005480          | 62020010018    | BP-26005480/1/01/01/05 | Intervenir los factores de riesgo sanitario asociados a la transmisión de otras | 2.3.2.02.02.009 | 11.326.000 |
|               |               |                      |                |                        |                                                                                 |                 | 11.326.000 |

Se certifica que:

\* El objeto a contratar contribuye al cumplimiento de la(s) actividad(es) del proyecto y su cadena de valor, y se está dando cumplimiento a la normatividad sectorial vigente.

\* Las siguientes fechas atienden a la programación del PAC, por lo tanto no son vinculantes a la forma de pago del contrato.

| Cuota N° | Valor      | Proyección de pagos* |
|----------|------------|----------------------|
| 1        | 5.663.000  | MAYO 2026            |
| 2        | 5.663.000  | JUNIO 2026           |
| TOTAL    | 11.326.000 |                      |

| Solicitado por :           |                         | Solicitado por : |                              | Aprobado por : |                               | Aprobado por : |  |
|----------------------------|-------------------------|------------------|------------------------------|----------------|-------------------------------|----------------|--|
|                            |                         |                  |                              |                |                               |                |  |
| Firma                      |                         | Firma            |                              | Firma          |                               | Firma          |  |
| Nombre                     | JOSE JULIAN FICHMAN     | Nombre           | LUIS GUILLERMO ECHEVERRY M   | Nombre         | GERMAN ESCOBAR                | Nombre         |  |
| Cargo                      | Director Local de Salud | Cargo            | Unidad de Apoyo a la Gestion | Cargo          | Secretario de Salud Distrital | Cargo          |  |
| VoBo Línea / Equipo / Área |                         |                  |                              |                |                               |                |  |

**Nota:** No se podrá dar Certificados de Disponibilidad Presupuestal (CDP), sin la previa autorización por parte del Ordenador del Gasto

LUZ MARINA TRUJILLO BECERRA