	FORMATO: SOLICITUD CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	**Página:** 1 de 1

SOLICITUD No. (Control de la Dependencia)				**TIPO DE SOLICITUD**	INICIAL	X
FECHA DE SOLICITUD	21 (DÍA)	7 (MES)	2026 (AÑO)		ADICIÓN (*)	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre Dependencia	SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL
Nombre Proyecto	ASISTENCIA INTEGRAL PARA LA ATENCION DE LOS ADULTOS MAYORES DEL MUNICIPIO DE NILO
Código Banco Mpal de Proyecto	2024254880019
Nombre Solicitante (Jefe Dependencia o Director Proyecto)	DIANA LORENA AVILA SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL
Información adicional	

2. CONCEPTO DEL GASTO:

AUNAR ESFUERZOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS PARA GARANTIZAR LA OPERACIÓN, PUESTA EN MARCHA Y FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA CENTRO DIA DEL MUNICIPIO DE NILO CUNDINAMARCA.

3. VALOR DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL SOLICITADA

EN EL VALOR SOLICITADO SE DEBE CONTEMPLAR TODOS LOS IMPUESTOS A QUE HAYA LUGAR, COMO EL IVA ,

META 410400800	**CPC -93491-**	**$ 273.900.000**

JUAN CARLOS MARTIN CAVIEDES
ALCALDE MUNICIPAL

DIANA LORENA AVILA AVILA
SECRETARIA DE INCLUSION SOCIAL

(*) En caso de adición de contrato deberá adjuntar copia