	ALCALDIA MUNICIPAL CONCEPCIÓN SANTANDER	
	FORMATO: SOLICITUD CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	**Página: 1 de 1**

SOLICITUD No.				**TIPO DE SOLICITUD**	INICIAL	**x**
FECHA DE SOLICITUD	**13**	**8**	**2026**		ADICIÓN (*)	
	DÍA	MES	AÑO			

OFICINA GESTORA	SECRETARÍA DE SALUD Y DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL
Nombre Proyecto	Consolidación del programa de atención integral de población en situación permanente de desprotección social y/o familiar en municipio de concepción Santander. -Fortalecimiento a la gestión y dirección de la administración pública territorial
Código BPIM Proyecto	202500000002584

2. OBJETO:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DE PROGRAMAS DE ATENCIÓN A LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD Y AL MEJORAMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIO DENTRO DE LA SECRETARIA DE SALUD, DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL EN EL MUNICIPIO DE CONCEPCIÓN - SANTANDER

3. VALOR DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL SOLICITADA

VALOR ($)	**$ 10.800.000**

4. RUBRO (S) PRESUPUESTAL (ES)

NUMERAL	**VALOR**
2.3.2.02.02.009.45.99.031	**$ 10.800.000**

(ORIGINAL FIRMADO)

ANDREA CAROLIAN FLOREZ ORTIZ
SECRETARÍA DE SALUD Y DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL

(ORIGINAL FIRMADO)

EDUAR ABRIL BORRERO
ALCALDE MUNICIPAL

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

