	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	Apoyo al sector salud para el desarrollo del programa Inspección, Vigilancia y Control en Municipio de Concepcion Santander
Código BPIM Proyecto	202500000006295

2. OBJETO:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA FORTALECER EL PROCESO DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA EN LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS, EDUCATIVAS Y DE MONITOREO, ENFERMEDADES TRANSMISIBLES POR VECTORES (ETV), EN EL MUNICIPIO DE CONCEPCIÓN SANTANDER

3. VALOR DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL SOLICITADA

VALOR ($)	**$ 10.400.000**

4. RUBRO (S) PRESUPUESTAL (ES)

NUMERAL	**VALOR**
2.3.2.02.02.009.19.03.023	**$ 10.400.000**

(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