SOLICITUD No.	**061-2026**		
FECHA DE SOLICITUD	**28**	**AGOSTO**	**2026**
	DÍA	MES	AÑO

TIPO DE SOLICITUD	INICIAL	X
	ADICIÓN	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre Proyecto	SUMINISTRO DE PÓLIZA DE SEGURO PARA AMPARAR EL TRANSPORTE DE VACUNAS, BIOLÓGICOS E INSUMOS DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI), PARA LA ESE CENTRO D E SALUD DE COMBITA.
Nombre Solicitante	**LILIANA PAOLA HERNÁNDEZ SUÁREZ**
E-mail	gerencia@ese-combita-boyaca.gov.co — Cel. 3108819247

2. INFORMACIÓN ADICIONAL

Me permito solicitar expedir Certificado de Disponibilidad presupuestal, de acuerdo con la siguiente información:

SUMINISTRO DE PÓLIZA DE SEGURO PARA AMPARAR EL TRANSPORTE DE VACUNAS, BIOLÓGICOS E INSUMOS DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI), PARA LA ESE CENTRO DE SALUD DE COMBITA.

3. VALOR

En el valor solicitado se debe contemplar todos los impuestos a que haya lugar, como el IVA.

VALOR ($)	**$ 977.104**

(SIN INCLUIR LA CONTRIBUCIÓN ESPECIAL DEL 4X1,000)

Firma Solicitante
Gerente ESE Cómbita

4. AUTORIZACIÓN

Esta sección es de uso exclusivo para la Tesorería General

APROBADA : X	RECHAZADA:
FIRMA DEL ORDENADOR	Vo. Bo. Tesorero

5. OBSERVACIONES

Ninguna

TESORERO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO