| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**<br>**APOYO – GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS**<br>**FORMATO SOLICITUD DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL** | **CÓDIGO: AP-CR-FT-001**<br>**VERSIÓN: 10**<br>**FECHA: 2026-05-08** |
|---|---|---|

| **Fecha de realización de la solicitud:** | 31/08/2026 |
|---|---|

## DATOS DEL SOLICITANTE

| | | |
|---|---|---|
| **Proceso solicitante:** | GESTION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS (Laboratorio Clinico) | |
| **Objeto:** | CONTRATAR LA ADQUISICION DE KIT DE REACTIVOS TSH NEONATAL AUTODELFIA PARA EL PROCESAMIENTO DE PRUEBAS EN EL LABORATORIO DE GENETICA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | |
| **Fuente Financiación Gasto** | "Recursos Propios" | |
| **Rubro presupuestal Código y nombre:** | 4245010401 MATERIAL MEDICO QUIRURGICOS | |
| **Valor Solicitado en números** | | **$ 8,056,000** |
| **Valor Solicitado en letras** | Ocho Millones Cincuenta y Seis Mil Pesos M/Cte. | |
| **FIRMAS** | **Nombre y firma. Ordenador del Gasto:Gerente/Subgerente de servicos de salud/Subgerente Corporativo:** | **Ana Maria Cobos Baquero**<br>**Gerente** |
| | **Nombre y firma. Subgerente de servicos de salud/Subgerente Corporativo o Jefe de Oficina** | **Rafael Guillermo Diaz Gongora**<br>**Subgerente Corporativo** |
| | **Nombre y firma. Dirección Financiera:** | **Andrés Felipe Guzman Cruz**<br>**Director Financiero** |
| | **Nombre y firma del Responsable del Proceso** | **Carmenza Jaimina Manotas Bueno**<br>**Directora de Contratación E** |
| | **Nombre y firma de quien elabora** | **Yois Parada Abril** |

**NOTA 1: De conformidad a lo establecido en Resolución SDH-000191 del 22 de septiembre de 2017 se adopta y consolida el Manual de Programación, Ejecución y Cierre Presupuestal del Distrito Capital, Modulo2.Numeral 3.5.2.**

765

590-1990 A
01-09-26