| | SOLICITUD EXPEDICION CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL (CDP) | Código | REGIÓN DE SALUD MEDINA |
|---|---|---|---|
| | | GF CT FO 03 | |
| | | Version | |
| | MACROPROCESO APOYO (Gestión Financiera- Contratación) | V05-2022 | |
| | | Página 1 de 1 | |

Comedidamente le solicitamos expedir certificado de disponibilidad presupuestal con las siguientes características

**FECHA**

| DÍA | MES | AÑO |
|---|---|---|
| 01 | 10 | 2026 |

**DESCRIPCIÓN DE RUBROS**

PERSONAL ASISTENCIAL -SERVICIOS PARA LA COMUNIDAD SOCIALES Y PERSONALES

**CUANTÍA**

| | | |
|---|---|---|
| $ | | 7.200.000,00 |
| $ | 7.200.000,00 | 2.4.5.02.09.001.01.01 |
| $ | - | 2.4.5.02.09.001.01.02 |
| $ | - | 2.4.5.02.09.001.01.03 |

**OBJETO**

PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL AREA DE CONSULTA EXTERNA DE LA E.S.E. REGION DE SALUD DE MEDINA, SU CENTRO Y PUESTOS DE SALUD ADSCRITOS

**RESPONSABLE DE DILIGENCIAR EL FORMATO**

YESICA YINETH HIDALGO RAMIREZ

**SOLICITANTE**

MIGUEL ANGEL CASTELBLANCO JUNCO

**Firma del Ordenador del Gasto**

V.B Coordinador Administrativo - David Ricardo Zuñiga Medina