HOSPITAL FRANCISCO DE PAULA SANTANDER E.S.E.	FORMATO SOLICITUD CERTIFICADO DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	CODIGO: FR-GF-PT-01			
		VERSIÓN: 02			
		Fecha de elaboración:	DD	MM	AAAA
			23	1	2025

1. INFORMACIÓN GENERAL		
NOMBRE DEL PROCESO	GESTIÓN APOYO DIAGNÓSTICO IMÁGENES	
SUBPROCESO SOLICITANTE	GESTIÓN APOYO DIAGNÓSTICO IMÁGENES	
CENTRO DE COSTOS	GESTIÓN APOYO DIAGNÓSTICO IMÁGENES	
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO	NOMBRE Y APELLIDO	FIRMA
	LUIS FELIPE ORDÓÑEZ SERNA	

SOLICITUD No.	FECHA DE SOLICITUD			TIPO DE SOLICITUD	
	DD	MM	AAAA	INICIAL	ADICION
905	25	09	2026	X	

2. CONCEPTO DEL GASTO
Describa el fin específico de la disponibilidad *Ejemplo: Compra de elementos de papelería, alquiler de computadores, prestación de servicios, ordenes de servicio, orden de mantenimiento, contratos de servicios, etc. Identifique el centro de costos para el cual se solicita el certificado de disponibilidad presupuestal.*
SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN DE RX, INCLUIDO TRANSCRIPCIÓN Y ENVÍO DE INFORMES RADIOLÓGICOS

3. CPC (Clasificación central de productos)		
CLASE No.	CPC No.	TITULO
CPC	93196	SERVICIO DIAGNÓSTICOS DE IMÁGENES

4. VALOR DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL SOLICITADA			
En el valor solicitado se debe contemplar todos los impuestos a que haya lugar.			
VALOR ($)	44.000.000	VIGENCIA CDP	2 MESES

5. ORDENADOR DEL GASTO	
Nombre:	CARLOS GABRIEL QUIÑONEZ QUINTERO
No. C.C	10.482.734
Cargo:	Gerente ESE
	FIRMA

(*) EN CASO DE ADICION SE DEBERA ADJUNTAR COPIA DEL CONTRATO INICIAL

CDP4246.