Aprdez

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	ASISTENCIAL				
SUBPROCESO SOLICITANTE	SUBGERENCIA CIENTIFICA				
CENTRO DE COSTOS	42.45				
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO	NOMBRE Y APELLIDO			FIRMA	
	ALIX MARIA JACOBO ASTAIZA				
SOLICITUD No.	FECHA DE SOLICITUD			TIPO DE SOLICITUD	
	DD	MM	AAAA	INICIAL	ADICION
956	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.*
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PEDIATRA.

3. CPC (Clasificación central de productos)		
CLASE No.	CPC No.	TITULO
9312	93122	SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS

4. VALOR DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL SOLICITADA			
En el valor solicitado se debe contemplar todos los impuestos a que haya lugar.			
VALOR ($)	$21,120,000	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

CoP. 1295.