Tobar

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
931	25	09	**2026**	X	

2. CONCEPTO DEL GASTO
Describa el fin especifico 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 MEDICO ESPECIALIZADO ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA.

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 ($)	**$30,000,000**	**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	

COP 1271.