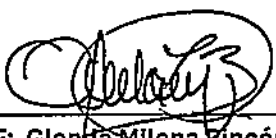
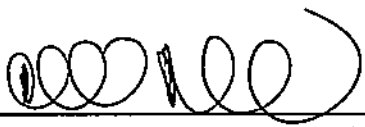


	E.S.E. CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ CRIB	Código: A-GFI-PN-F-011
	GESTIÓN FINANCIERA	Versión: 5
	FORMATO DE SOLICITUD DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	Fecha: 20/08/2024

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL											
FECHA	21 de abril de 2025										
OBJETO	SUMINISTRO DE ALIMENTACIÓN A LOS USUARIOS HOSPITALIZADOS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE REHABILITACIÓN SUMINISTRO DE ALIMENTACIÓN A LOS USUARIOS HOSPITALIZADOS DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ. INTEGRAL DE BOYACÁ.										
VALOR	\$ 1.030.000.000										
OBSERVACIONES:											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>RUBRO</th> <th>CONCEPTO</th> <th>VALOR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2.4.5.02.06.01</td> <td>Adquisición de Servicios (Gastos Generales)</td> <td>\$ 1.030.000.000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">TOTAL</td> <td>\$ 1.030.000.000</td> </tr> </tbody> </table>			RUBRO	CONCEPTO	VALOR	2.4.5.02.06.01	Adquisición de Servicios (Gastos Generales)	\$ 1.030.000.000	TOTAL		\$ 1.030.000.000
RUBRO	CONCEPTO	VALOR									
2.4.5.02.06.01	Adquisición de Servicios (Gastos Generales)	\$ 1.030.000.000									
TOTAL		\$ 1.030.000.000									
Con la suscripción de la presente solicitud se materializa el aval por la Ordenadora del Gasto, para la expedición del Certificado de Disponibilidad Presupuestal.											
RESPONSABLE DE LA NECESIDAD:											
FIRMA  NOMBRE: Glenda Milena Rincón Bello CARGO: Subgerente Administrativa y Financiera											
SOLICITADO POR											
 DIANA CATALINA DELGADO JIMENEZ Gerente											
RECIBE											
FIRMA _____ NOMBRE _____ CARGO _____ FECHA _____											