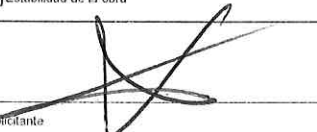
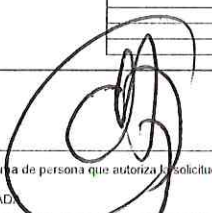


MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI																																					
ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS MM																																					
Fecha elaboración por solicitante <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">DIA</td> <td style="width: 33%;">MES</td> <td style="width: 33%;">AÑO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NOVIEMBRE</td> <td>2020</td> </tr> </table>					DIA	MES	AÑO		NOVIEMBRE	2020	Fecha radicación Presupuesto <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">DIA</td> <td style="width: 33%;">MES</td> <td style="width: 33%;">AÑO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NOV</td> <td>2020</td> </tr> </table>					DIA	MES	AÑO		NOV	2020	Fecha radicación compras <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">DIA</td> <td style="width: 33%;">MES</td> <td style="width: 33%;">AÑO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					DIA	MES	AÑO				SOLICITUD DE COMPRA No. 				
DIA	MES	AÑO																																			
	NOVIEMBRE	2020																																			
DIA	MES	AÑO																																			
	NOV	2020																																			
DIA	MES	AÑO																																			
Nombre y código del Centro de costos: RECREACIÓN CON ESTRATEGIAS PARA EL ENVEJECIMIENTO FUNCIONAL SALUDABLE Y ACTIVO EN SANTIAGO DE CALI					Nombre del Solicitante: CARLOS ALBERTO DIAGO ALZATE					Cédula del Solicitante: 14.838.634																											
Información presupuestaria																																					
Material o Servicio Requerido:																																					
Campo obligatorio			Si se trata de un Proyecto es un campo obligatorio		Campo obligatorio		Campo obligatorio		CODIGO DEL MATERIAL	DESCRIPCIÓN DEL MATERIAL	Tipo Imputación	Cód. almacén	U. M.	CANTIDAD		VALOR DEL MATERIAL																					
Pospre	Centro Gestor	Fondo	Área Funcional	Elemento PEP	Mes PAC	Valorxmes de PAC	Mes requerido para recibir material	PEDIDA						AUTORIZADA	UNITARIO	%IVA	TOTAL																				
2-30503	4162	0-1104	52020040007	BP-26002940/1/01/01/01	NOVIEMBRE	\$ 3.154.000	NOVIEMBRE		Realizar estrategias en pro del envejecimiento funcional, saludable y activo con adultos mayores	P	13	GI	3	3	\$ 3.154.000		\$ 9.462.000																				
Observaciones:													VALOR TOTAL ANTES DEL IVA		\$ 9.462.000																						
PRESTACION DE SERVICIOS													VALOR TOTAL DEL IVA																								
													VALOR TOTAL DEL PEDIDO INCLUIDO IVA		\$ 9.462.000																						
Justificación del Requerimiento:																																					
Proyecto priorizado en armonización por la dependencia, como parte del POAI																																					
Marque con una X los Riesgos a Amparar (Clases de Polizas): <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ☐ Seriedad de la oferta ☐ Manejo y correcta inversión del ☐ Cumplimiento del contrato ☐ Estabilidad de la obra </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ☐ Pago de salarios, prestaciones ☐ Conformidad de los estudios ☐ Calidad y correcto funcionamiento ☐ Calidad del servicio </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ☐ Provisión de repuestos y accesorio ☐ Garantía para contratos de comisión de estudio y becas ☐ Seguro de responsabilidad civil </td> </tr> </table>															☐ Seriedad de la oferta ☐ Manejo y correcta inversión del ☐ Cumplimiento del contrato ☐ Estabilidad de la obra	☐ Pago de salarios, prestaciones ☐ Conformidad de los estudios ☐ Calidad y correcto funcionamiento ☐ Calidad del servicio	☐ Provisión de repuestos y accesorio ☐ Garantía para contratos de comisión de estudio y becas ☐ Seguro de responsabilidad civil																				
☐ Seriedad de la oferta ☐ Manejo y correcta inversión del ☐ Cumplimiento del contrato ☐ Estabilidad de la obra	☐ Pago de salarios, prestaciones ☐ Conformidad de los estudios ☐ Calidad y correcto funcionamiento ☐ Calidad del servicio	☐ Provisión de repuestos y accesorio ☐ Garantía para contratos de comisión de estudio y becas ☐ Seguro de responsabilidad civil																																			
Firma del solicitante  JAOH					Firma de persona que autoriza la solicitud  CAD																																

Japxon Ehyman Gonsales
Coord. Zonal

35-166110