

FORMATO SOLICITUD CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE SOLICITUD	DÍA	MES	AÑO	TIPO DE SOLICITUD	INICIAL	X
	27	09	2022		ADICIÓN (*)	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre Solicitante	MELISA DEL CARMEN EYES ESCALANTE		
Cargo (Jefe Dependencia o Decano)	Jefe del Departamento Extensión y Proyección Social	Dependencia	DPTO DE EXTENS. Y PROY. SOCIAL
Email (preferiblemente Institucional)	mevese@mail.uniatlantico.edu.co	Tel. (Exts.)	3135653047

FINANCIACIÓN: Los Gastos de la presente solicitud será cubiertos con recursos de (Digite la fuente de autogestión):

Fuente:	EDUCACION CONTINUADA	Otra:	
Indicar Cuenta y/o Referencia donde se encuentran los recursos:	0241-0000-2872	Seleccione el tipo de recurso	
	Ref 2: 16210001	AUTOGESTIÓN	

Línea Estratégica	L3: Relaciones Universidad Y Sociedad, Vinculación Con El Entorno
Motor de Desarrollo	M1: Relación Universidad - Estado - Empresa
Nombre del Proyecto	P1: Mercadeo Y Potenciación De La Oferta De Productos Y Servicios De La Universidad
Información adicional	<u>SERVICIOS DE DIAGNOSTICO CENTRO CULTURAL</u>

2. CONCEPTO DEL GASTO:

Gastos necesarios para los servicios de diagnostico general del Centro Cultural

TIPO DE GASTO	VALOR
SERVICIOS DE MANTENIMIENTO, REPARACIÓN E INSTALACIÓN (EXCEPTO SERVICIOS DE CONSTRUCCIÓN)	\$ 7.516.159

3. VALOR DISPONIBILIDAD TOTAL PRESUPUESTAL SOLICITADA

TENGA EN CUENTA QUE ALGUNOS PAGOS AL EXTERIOR GENERAN UNA AUTORRETENCIÓN DE IVA, POR LO QUE DEBEN SER INCLUIDOS EN EL CONCEPTO RESPECTIVO.

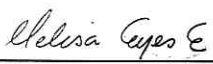
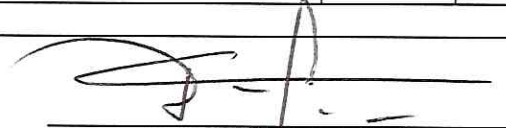
VALOR (\$)	\$7.516.159
-------------------	--------------------

4. INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

*NOTA: NO RELACIONAR DENTRO DEL CONCEPTO DE GASTO BENEFICIARIOS, PROVEEDORES O PLAZOS.

*NOTA: EN CASO DE QUE EL PROCESO COMPRENDA LA ELABORACIÓN SIMULTÁNEA DEL REGISTRO PRESUPUESTAL ES NECESARIO CONOCER LA SIGUIENTE INFORMACIÓN Y SI ES MÁS DE UN BENEFICIARIO EN EL ESPACIO INFORMACIÓN ADICIONAL COLOCAR EL MONTO CORRESPONDIENTE A CADA UNO (SI ESTÁ DETERMINADO O LIQUIDADO):

Nombre Completo del Beneficiario			
Tipo de Documento		Número	
Número de Cuenta o Daviplata:	Tipo	Entidad Bancaria	
Email:		Teléfono	
Información adicional			

 Firma del Solicitante	 Vo.Bo. del Ordenador del Gasto Rectoría
--	--

(*) Adición: Sólo aplica en casos donde ocurra Ampliación Presupuestal (Ingresos y Gastos) del Proyecto.