Universidad del Atlántico	**CODIGO:** FOR-GF-015
	VERSION: 5
	FECHA: 02/MAR/2021

FORMATO SOLICITUD CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE SOLICITUD	**DÍA**	**MES**	**AÑO**
	12	5	2022

TIPO DE SOLICITUD		
	INICIAL	
	ADICIÓN (*)	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre Solicitante	MIGUEL ANTONIO CARO CANDEZANO		
Cargo (Jefe Dependencia o Decano)	Jefe del Departamento de Investigaciones	Dependencia	DPTO DE INVESTIGACIONES
Email (preferiblemente Institucional)	miquelcaro@mail.uniatlantico.edu.co	Tel. (Exts.)	3014633650

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

Fuente:	OTRA: especifique	Otra:
Indicar Cuenta y/o Referencia donde se encuentran los recursos:		Seleccione el tipo de recurso
	Ref 2:	NIVEL CENTRAL

Línea Estratégica	L1: Desarrollo De La Ciencia La Tecnología La Innovación Y Las Artes
Motor de Desarrollo	M1: Investigación Y Desarrollo Científico
Nombre del Proyecto	P4: Articulación Docencia E Investigación
Información adicional	CONTRATO DE COOPERACION 80740-465-2020

2. CONCEPTO DEL GASTO:

Solicitud compra equipos para oficina en el marco del El proyecto 69723, asociado al programa "PHYSICS OF THE DARK UNIVERSE: SEARCHING FOR CONNECTIONS BETWEEN DARK MATTER, DARK ENERGY AND PARTICLE". La impresora que se desea comprar es para el uso del grupo de investigaciónFísica de partículas elementales y cosmología.

TIPO DE GASTO	**VALOR**
MAQUINARIA DE OFICINA, CONTABILIDAD E INFORMÁTICA	$ 5.000.000

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 ($)	**$5.000.000**

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.*

Depen 6000201 - Proy: 10101004	FECHA RECIBIDO DPTO. GESTIÓN FINANCIERA	DD / MM / AAAA

Departamento de Gestión Financiera Tel: 3197242 Mail: solicitudcdp@mail.uniatlantico.edu.co