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
	03	10	2022

TIPO DE SOLICITUD		
	INICIAL	X
	ADICIÓN (*)	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre Solicitante	MARYLUZ DEL CARMEN STEVENSON DEL VECCHIO		
Cargo (Jefe Dependencia o Decano)	Vicerrector Administrativo Y Financiero	Dependencia	VIC ADMINISTRATIVA Y FINANCIER
Email (preferiblemente Institucional)	maryluzstevenson@mail.uniatlantico.edu.co	Tel. (Exts.)	

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	Proceso de apoyo a la difusión del conocimiento.

2. CONCEPTO DEL GASTO:

Contratación de suministros de alimentos.

TIPO DE GASTO	VALOR
ALOJAMIENTO; SERVICIOS DE SUMINISTROS DE COMIDAS Y BEBIDAS	$ 106.428.212

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 ($)	$106.428.212

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

Proyectó:

Vo.Bo. del Ordenador del Gasto
Rectoría

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

Depen: 4000101 - Proy: 10101004	FECHA RECIBIDO DPTO. GESTIÓN FINANCIERA	DD / MM / AAAA

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