	GESTIÓN FINANCIERA	VERSIÓN	002
		CÓDIGO	PGF-PPP-001
		VIGENCIA	01/01/2019
	SOLICITUD DE CERTIFICADO PRESUPUESTAL	Página:	1 de 1

FECHA DE SOLICITUD	DÍA	MES	AÑO	TIPO DE SOLICITUD	INICIAL	X
	25	11	2022		ADICIÓN (*)	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre Solicitante	LUIS CLIMACO MERIÑO CANTILLO		
Cargo (Jefe Dependencia)	DIRECTOR	Dependencia	DIRECCION
Email (preferiblemente Institucional)	direccionunisalud@mail.uniatlantico.edu.co	Tel. (Ext.)	3161110 / 1000

FINANCIACIÓN: Los Gastos de la presente solicitud será cubiertos con recursos de (Marque con una "X"):

AUTOGESTIÓN ( )	Indicar Cuenta y/o Referencia donde se encuentran los recursos:		NIVEL CENTRAL	(X)
		Ref. 2:		
Nombre del Proveedor	**MEDICAMENTOS**			
Línea Estratégica				
Motor de Desarrollo				
Información adicional				

2. CONCEPTO DEL GASTO:

Suministro de medicamentos a la farmacia ubicada en la unidad de salud de la Universidad del Atlántico.

TIPO DE GASTO	VALOR
MEDICAMENTOS	**$15.000.000**

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 ($)	15.000.000

4. INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

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	Tipo		Entidad Bancaria		
Email:				Teléfono	
Información adicional					

LUIS CLIMACO MERIÑO CANTILLO
~~Solicitante/Vo.Bo. Ordenador del Gasto~~
Director General

PROYECTO: LOR

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

	FECHA RECIBIDO FINANCIERA	DD / MM / AAAA