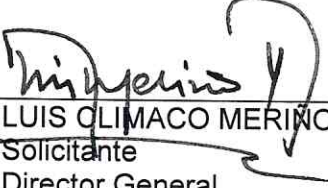


	GESTIÓN FINANCIERA			VERSIÓN	002	
				CÓDIGO	PGF-PPP-001	
				VIGENCIA	01/01/2019	
	SOLICITUD DE CERTIFICADO PRESUPUESTAL			Página:	1 de 1	
FECHA DE SOLICITUD	DÍA	MES	AÑO	TIPO DE SOLICITUD	INICIAL	
	19	01	2023		ADICIÓN (*)	X
1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE						
Nombre Solicitante	LUIS CLIMACO MERIÑO 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:		Ref. 2:	NIVEL CENTRAL	(X)	
Nombre del Proveedor	OPTICA					
Línea Estratégica						
Motor de Desarrollo						
Información adicional						
2. CONCEPTO DEL GASTO:						
Consulta de optometría, suministro de lentes y monturas.						
TIPO DE GASTO				VALOR		
OPTICA				\$30.000.000		
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 (\$)		30.000.000				
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 Director General PROYECTO: Losorio						
(*) Adición: Sólo aplica en casos donde ocurra Ampliación Presupuestal (Ingresos y Gastos) del Proyecto.						
				FECHA RECIBIDO FINANCIERA	DD / MM / AAAA	