	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
	15	02	2023		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	**CLINICAS Y HOSPITALES**			
Línea Estratégica				
Motor de Desarrollo				
Información adicional				

2. CONCEPTO DEL GASTO:

Prestar los servicios de hospitalización, consulta externa, servicios ambulatorios, apoyo diagnóstico, Imagenología (ecografía, rayos, tac, resonancia magnética, etc.), radiología intervencionista, hemodinámica, electrofisiología, laboratorio clínico, patología, cuidados intensivos (uci coronaria, uci médica, uci neuroquirúrgica). La atención será en los niveles I, II, III y IV nivel de complejidad.

TIPO DE GASTO	VALOR
CLINICAS Y HOSPITALES	**$100.000.000**

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 ($)	100.000.000

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

PROYECTO: Losorio

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

	FECHA RECIBIDO FINANCIERA	DD / MM / AAAA

REPUBLICA DE COLOMBIA

DEPARTAMENTO ATLANTICO

UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD ATLANTICO

NIT - 802012036-6

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

EL SUSCRITO PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE LA UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD ATLANTICO ATLANTICO
CERTIFICA :

Que en la fecha los registros de Ejecucion Presupuestal muestran el siguiente saldo de apropiacion :

Certificado Disponibilidad Nº : DP00077, **Fecha Disponibilidad (dd/mm/aaaa) : 15/02/2023**

Se Expide Disponibilidad Presupuestal a Solicitud de : LUIS CLÍMACO MERIÑO CANTILLO, DIRECTOR GENERAL

OBJETO DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

PRESTACION DE SERVICIOS CLINICAS Y HOSPITALES

VALOR TOTAL DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL : 100.000.000,00

SON : CIEN MILLONES PESOS (MLV)

Pagina Nº : 1

Usuario : YADIRA

CODIGO	DESCRIPCION PRESUPUESTAL	RECURSO	DISPONIBILIDAD
2.4.5.02.09.01	Clinicas Y Hospitales	OTRAS CONTRIBUCIONES CON DESTINACION ESPECIFICA LEGAL	100.000.000,00
			100.000.000,00

PROFESIONAL UNIVERSITARIO

ESTE CERTIFICADO DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL TIENE VIGENCIA HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2023

**