

	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		
	13	06	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:		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		