

	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					\$20.000.000		
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 (\$)		20.000.000					
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			