Universidad del Atlántico	**CODIGO:** FOR-GF-015
	VERSION: 7
	FECHA: 18/ENE/2023

FORMATO SOLICITUD CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE SOLICITUD	**DÍA**	**MES**	**AÑO**
	20	06	2023

TIPO DE SOLICITUD	INICIAL	x
	ADICIÓN (*)	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE			
Nombre Solicitante	AURA CAMELO GARCES		
Cargo (Jefe Dependencia o Decano)	Jefe de Oficina de Control Disciplinario	Dependencia	Oficina Control Disciplinario
Email (preferiblemente Institucional)	auracamelo@mail.uniatlantico.edu.co	Tel. (Exts.)	1044

FINANCIACIÓN: Los Gastos de la presente solicitud será cubiertos con recursos de (Digite la fuente de autogestión):			
Fuente:		Otra:	
Indicar Cuenta y/o Referencia donde se encuentran los recursos:		NIVEL CENTRAL	
	Ref 2:		

Línea Estratégica	L5. Modernización de la Gestión Administrativa
Motor de Desarrollo	M2. Fortalecimiento de la estructura organizativa y del talento humano.
Nombre del Proyecto	P1 - Equidad, bienestar y desarrollo laboral
Información adicional	

2. CONCEPTO DEL GASTO:

TIPO DE GASTO	**VALOR**	
SERVICIOS DE EDUCACIÓN	$	31.400.000
ALOJAMIENTO; SERVICIOS DE SUMINISTROS DE COMIDAS Y BEBIDAS	$	4.000.000
PASTA O PULPA, PAPEL Y PRODUCTOS DE PAPEL; IMPRESOS Y ARTÍCULOS RELACIONADOS	$	5.000.000
	$	-
	$	-

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 ($)	**$40.400.000**

4. INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

***NOTA:** NO RELACIONAR DENTRO DEL CONCEPTO DE GASTO BENEFICIARIOS, PROVEEDORES O PLAZOS.

***NOTA**: 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 o Daviplata:	Tipo		Entidad Bancaria		
Email:				Teléfono	
Información adicional					

Firma del Solicitante

Vo.Bo. del Ordenador del Gasto
Rectoría

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

Depen 1000109 - Proy: 50201	FECHA RECIBIDO DPTO. GESTIÓN FINANCIERA	DD / MM / AAAA

Departamento de Gestión Financiera Tel: 3197242 Mail: solicitudcdp@mail.uniatlantico.edu.co