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
	26	06	2024

TIPO DE SOLICITUD		
	INICIAL	X
	ADICIÓN (*)	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE			
Nombre Solicitante	**MELISA DEL CARMEN EYES ESCALANTE**		
Cargo (Jefe Dependencia o Decano)	Jefe del Departamento Extensión y Proyección Social	Dependencia	Dpto. de Extens. y Proy. Social
Email (preferiblemente Institucional)	meyese@mail.uniatlantico.edu.co	Tel. (Exts.)	313 5653047

FINANCIACIÓN: Los Gastos de la presente solicitud será cubiertos con recursos de (Digite la fuente de autogestión):		
Fuente:	EDUCACION CONTINUADA	Otra:
Indicar Cuenta y/o Referencia donde se encuentran los recursos:	Cuenta de Ahoros No. 0241-0000-2872 de Davivienda	AUTOGESTIÓN
	Ref 2:	

Línea Estratégica	L3. Impacto regional, nacional e internacional desde la extensión y proyección social
Motor de Desarrollo	M1 - Educación continua y formación avanzada con enfoque global.
Nombre del Proyecto	P1 - Fortalecimiento de los programas de educación continua con pertinencia regional, nacional e internacional a través de la modernización de los procesos.
Información adicional	Contratación - Proceso de Educación continua 2024 - II Semestre

2. CONCEPTO DEL GASTO:

Gastos por concepto de estímulos a los empleados del estado (bonificaciones), servicios de educación (Docentes invitados) y otros servicios profesionales, científicos y técnicos (CPS - Auxiliares de actividades), necesarios para la ejecución de los programas de educación continua durante la actual vigencia.

TIPO DE GASTO	VALOR	
ESTÍMULOS A LOS EMPLEADOS DEL ESTADO	$	500,000,000
SERVICIOS DE EDUCACIÓN	$	500,000,000
OTROS SERVICIOS PROFESIONALES, CIENTÍFICOS Y TÉCNICOS	$	163,700,000
	$	-
	$	-

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 ($)	$1,163,700,000

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				

Melissa Eyes Escalante
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 - Proy: 30101	FECHA RECIBIDO DPTO. GESTIÓN FINANCIERA	DD / MM / AAAA

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