| 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 |
|---|---|---|---|
| | 06 | 11 | 2024 |

| TIPO DE SOLICITUD | INICIAL | X |
|---|---|---|
| | ADICIÓN ( * ) | |

**1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre Solicitante | JESSICA PAOLA SANDOVAL HERRERA | | |
| Cargo (Jefe Dependencia o Decano) | Jefe del Departamento de Gestión de Compras y Contratación | Dependencia | Dpto. de Gestión de Compras y Contratación |
| Email (preferiblemente Institucional) | bienesysuministros@mail.uniatlantico.edu.co | Tel. (Exts.) | |

**FINANCIACIÓN: Los Gastos de la presente solicitud será cubiertos con recursos de** (Digite la fuente de autogestión):

| Fuente: | OTRA: especifique | 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 | M1. Fortalecimiento institucional. |
| Nombre del Proyecto | P1 - Mejoramiento y efectividad de procesos administrativos y académicos. |
| Información adicional | |

**2. CONCEPTO DEL GASTO:**

PRESTACIÓN DE SERVICIO DE EMISIÓN DE TIQUETES AÉREOS NACIONALES E INTERNACIONALES, QUE REQUIERA LA UNIVERSIDAD DEL ATLÁNTICO EN CUMPLIMIENTO A SUS FUNCIONES MISIONALES.

| TIPO DE GASTO | VALOR |
|---|---|
| SERVICIOS DE TRANSPORTE DE PASAJEROS | $ 86.688.053,00 |
| | |
| | |
| | |
| | |

**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 ($) | $86.688.053,00 |
|---|---|

**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
Proyectó: Evelásquez

Vo.Bo. del Ordenador del Gasto
Rectoría

06/11/2024

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

| Depen - Proy: 50101 | FECHA RECIBIDO DPTO. GESTIÓN FINANCIERA | DD / MM / AAAA |
|---|---|---|

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