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
	23	10	2024

TIPO DE SOLICITUD		
	INICIAL	X
	ADICIÓN (*)	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre Solicitante	LUIS CLIMACO MERIÑO CANTILLO		
Cargo (Jefe Dependencia o Decano)	Director Unidad de Salud	Dependencia	Unidad de Salud
Email (preferiblemente Institucional)	direccionunisalud@mail.uniatlantico.edu.co	Tel. (Exts.)	3161110 ext 1000

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

Fuente:	OTRA: especifique	Recursos propios
Indicar Cuenta y/o Referencia donde se encuentran los recursos:		NIVEL CENTRAL
	Ref 2:	

Línea Estratégica	L4. Bienestar Universitario, Salud mental positiva, Inclusión y Democracia.
Motor de Desarrollo	M3. Salud mental positiva y Desarrollo humano integral
Nombre del Proyecto	P1 - Promoción y mantenimiento de la salud en la comunidad universitaria
Información adicional	

2. CONCEPTO DEL GASTO:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE SALUD EN OFTALMOLOGÍA, LA CUAL INCLUYE ATENCIÓN POR CONSULTA EXTERNA, CIRUGÍAS PROGRAMADAS, Y ESTUDIOS DECLARADOS POR EL PRESTADOR EN EL REPS, PARA LOS USUARIOS DE LA UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL ATLÁNTICO

TIPO DE GASTO	VALOR
SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES	$ 30.000.000,00

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 ($)	$30.000.000

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

10/24/24

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

Depen 1000107 - Proy: 40301	FECHA RECIBIDO DPTO. GESTIÓN FINANCIERA	DD / MM / AAAA

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