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
	05	11	2024

TIPO DE SOLICITUD		
	INICIAL	x
	ADICIÓN (*)	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre Solicitante	ALBERTO REDONDO SALAS		
Cargo (Jefe Dependencia o Decano)	Jefe de Oficina de Gestión Tecnológica e Información	Dependencia	Oficina de Gest. Tec. e Información
Email (preferiblemente Institucional)	ALBERTOREDONDO@MAIL.UNIATLANTICO.EDU.CO	Tel. (Exts.)	3114141972

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	M3. Infraestructura y dotación adecuada
Nombre del Proyecto	P4 - Dotación y mantenimiento de infraestructura de redes de comunicación e infraestructura computacional.
Información adicional	

2. CONCEPTO DEL GASTO:

ADQUISICIÓN CERTIFICADO DE SEGURIDAD SSL PARA EL DOMINIO DE uniatlantico.edu.co

TIPO DE GASTO	VALOR
SERVICIOS DE TELECOMUNICACIONES, TRANSMISIÓN Y SUMINISTRO DE INFORMACIÓN	$ 15.000.000

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 ($)	$15.000.000

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

NOV 6/2024

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

Depen 1000106 - Proy: 50304	FECHA RECIBIDO DPTO. GESTIÓN FINANCIERA	DD / MM / AAAA

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