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
	10	02	2025

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:

Suministrar a los usuarios de la unidad de salud de la Universidad del Atlantico el servicio de Prótesis Odontológicas, Coronas libres de metal, incrustaciones y espigos, ajuste de semi-presición, jacket, provisionales, prótesis removibles, prótesis acrilicas, prótesis semirrigidas, reparaciones y varios.

TIPO DE GASTO	VALOR
SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES	$ 35.000.000,00

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 ($)	$35.000.000

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

(*) 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