Universidad del Atlántico	500-14083	CODIGO: FOR-GF-015 VERSION: 7 FECHA: 18/ENE/2023

FORMATO SOLICITUD CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

FECHA DE SOLICITUD	DÍA	MES	AÑO
	31	03	2025

TIPO DE SOLICITUD		
	INICIAL	
	ADICIÓN (*)	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre Solicitante	ALVARO GONZALEZ AGUILAR		
Cargo (Jefe Dependencia o Decano)	Vicerrector De Bienestar Universitario	Dependencia	Vice de Bienestar Universitario
Email (preferiblemente Institucional)	alvarogonzalez@mail.uniatlantico.edu.co	Tel. (Exts.)	

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

Fuente:	Seleccione la fuente de financiación	Otra:
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	P2 - Yo trabajo con bienestar integral
Información adicional	

2. CONCEPTO DEL GASTO:

Solicitud de recursos asignados al presupuesto de VBU vigencia 2025 para contratación de servicio de transporte terrestre de pasajeros, necesario para el desarrollo de actividades de programas y proyectos de la vicerrectoria de bienestar universitario

TIPO DE GASTO	VALOR
SERVICIOS DE TRANSPORTE DE PASAJEROS	$ 186.759.330
	$ -
	$ -
	$ -
	$ -

3. VALOR DISPONIBILIDAD TOTAL PRESUPUESTAL SOLICITADA

TENGA EN CUENTA QUE ALGUNOS PAGOS AL EXTERIOR GENERAN UNA AUTORRETENCION DE IVA, POR LO QUE DEBEN SER INCLUIDOS EN EL CONCEPTO RESPECTIVO.

VALOR ($)	$186.759.330

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 - Proy: 40302	FECHA RECIBIDO DPTO. GESTIÓN FINANCIERA	DD / MM / AAAA

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