



Proceso de Apoyo  
 Apoyo Administrativo  
 Formato de Solicitud de Certificado de Disponibilidad  
 Presupuestal para Contratación

Código: PA-GA-5-FOR-10

Versión: 1

Fecha de Actualización: 18-11-2024

Página 1 de 2

Consecutivo TRD: 10.3.1-55.6/115

Popayán, 12/05/2026

Doctor(a)

MARTÍN EMILIO MOSQUERA URRUTIA.

Ordenador(a) del Gasto

Dependencia: Jefe Administrativo y Financiero Unidad de Salud

Universidad del Cauca

Asunto: Solicitud de expedición de Certificado de Disponibilidad Presupuestal

Reciba un cordial saludo,

Comendidamente me permito solicitar la expedición de certificado de disponibilidad presupuestal (CDP), de acuerdo con la siguiente información.

- Objeto del contrato (El objeto del contrato debe describirse de manera clara, precisa, concreta y debe iniciar con un verbo tal como: Apoyar, Adelantar, Realizar entre otros).  
 Prestación de servicios de apoyo a la gestión administrativa de la unidad de Salud de la Universidad del Cauca.
- Valor total del CDP incluido IVA: \$  
 SEIS MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS MCTE (\$6 900.000)
- Con cargo al presupuesto de:

Financiado con recursos:	Inversión <input type="checkbox"/>	Funcionamiento <input type="checkbox"/>	Externos <input type="checkbox"/>	SGR <input type="checkbox"/> (Sistema General de Regalías)
Nombre Dependencia, Proyecto y/o Convenio: Unidad de Salud Universidad del Cauca		Nombre director del proyecto (Aplica VRI):		
Actividad del proyecto (cuando aplique):				
BPIN (Sistema General de Regalías)	No:	ID/RG	No:	
Rubro presupuestal a afectar (Cuando aplique para contratación VRI)				
Vigencia proyecto o convenio				
Fecha de inicio: Haga clic aquí para escribir una fecha.		Fecha de terminación: 31/08/2026		



SC-CER 49882



Proceso de Apoyo  
Apoyo Administrativo  
Formato de Solicitud de Certificado de Disponibilidad  
Presupuestal para Contratación

Código: PA-GA-5-FOR-10 | Versión: 1 | Fecha de Actualización: 18-11-2024 | Página 2 de 2

¿Requiere vigencia futura?: Si  No   
(Anexar oficio de justificación)

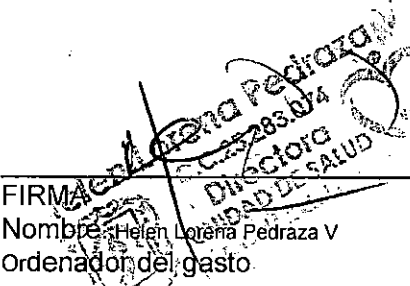
Diligenciar el cuadro con la información relacionada para la vigencia futura

Vigencia	Plazo de ejecución	Valor a ejecutar por vigencia	% de ejecución presupuestal

Universitariamente,



FIRMA  
Solicitante o Director del Proyecto  
Nombre: Ondina Said Horniga R.  
Correo: contratacionunisalud@unicauca.edu.co  
subdireccionuds@unicauca.edu.co  
Celular o extensión: 3217814918



FIRMA  
Nombre: Hellen Lorenza Pedraza V  
Ordenador del gasto.

Revisión Administrativa y/o Jurídica:

**Nota:** Diligenciar las siguientes casillas en caso de que se afecten más de una fuente de financiación

<p>FIRMA Solicitante o Director del Proyecto Nombre: Correo: Celular o extensión:</p>	<p>FIRMA Solicitante o Director del Proyecto Nombre: Correo: Celular o extensión:</p>
---	---

Anexar:

(Si es proyecto o convenio):

1. Copia de convenio o contrato del que deriva la contratación a solicitar.
2. Presupuesto del proyecto
3. Vigencia del proyecto firmada.
4. Demás documentos pertinentes y conducentes.

