

2025 204000 5533

 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	TIPO DE SOLICITUD	INICIAL	x
	05	02	2025		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 (Dígitela fuente de autogestión):		
Fuente:	OTRA: especifique	Recursos propios
Indicar Cuenta y/o Referencia donde se encuentran los recursos:	Ref 2:	NIVEL CENTRAL

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 los servicios de salud en Fonoaudiología y terapia del lenguaje declarados por el prestador en el reps, así como los procedimientos de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica ofertados por el Profesional de salud (Audiometría, Logaudiometría, Impedanciometría, Acufenometría, Terapia de vértigo o rehabilitación vestibular, venta de audífonos, adaptación y monitoreo de audífonos)	
TIPO DE GASTO	VALOR
SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES	\$ 40.000.000,00

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 (\$)	\$40.000.000
-------------------	---------------------

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 DO / NIM / AAAA
Departamento de Gestión Financiera Tel: 3197242 Mail: solicitudcdp@mail.uniatlantico.edu.co	