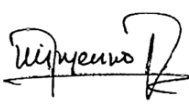


	GESTIÓN FINANCIERA			VERSIÓN		002	
				CÓDIGO		PGF-PPP-001	
				VIGENCIA		01/01/2019	
	SOLICITUD DE CERTIFICADO PRESUPUESTAL			Página:		1 de 1	
FECHA DE SOLICITUD	DÍA	MES	AÑO	TIPO DE SOLICITUD	INICIAL	X	
	12	09	2023		ADICIÓN (*)		
1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE							
Nombre Solicitante		LUIS CLIMACO MERIÑO CANTILLO					
Cargo (Jefe Dependencia)		DIRECTOR			Dependencia	DIRECCION	
Email (preferiblemente Institucional)		direccionunisalud@mail.uniatlantico.edu.co			Tel. (Ext.)	3161110 / 1000	
FINANCIACIÓN: Los Gastos de la presente solicitud será cubiertos con recursos de (Marque con una "X"):							
AUTOGESTIÓN ()	Indicar Cuenta y/o Referencia donde se encuentran los recursos:			Ref. 2:	NIVEL CENTRAL	(X)	
Nombre del Proveedor		MEDICAMENTOS					
Línea Estratégica							
Motor de Desarrollo							
Información adicional							
2. CONCEPTO DEL GASTO:							
Suministro de medicamentos a la farmacia ubicada en la unidad de salud de la Universidad del Atlántico.							
TIPO DE GASTO					VALOR		
MEDICAMENTOS					\$150.000.000		
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 (\$)		\$150.000.000					
4. INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO							
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		Tipo		Entidad Bancaria			
Email:					Teléfono		
Información adicional							
							
LUIS CLIMACO MERIÑO CANTILLO Solicitante Director General							
PROYECTO: LOR							
(*) Adición: Sólo aplica en casos donde ocurra Ampliación Presupuestal (Ingresos y Gastos) del Proyecto.							
				FECHA RECIBIDO FINANCIERA		DD / MM / AAAA	