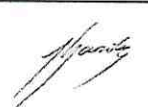
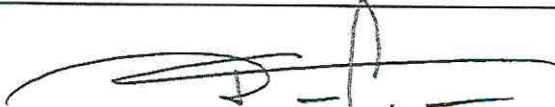


307-10993

 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
	10	03	2025		ADICIÓN (*)	
1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE						
Nombre Solicitante		JULIA GONZALEZ PUERTAS				
Cargo (Jefe Dependencia o Decano)		Decano (a)		Dependencia	Facultad Química y Farmacia	
Email (preferiblemente Institucional)		juliagonzalez@mail.uniatlantico.edu.co		Tel. (Exts.)	1127	
FINANCIACIÓN: Los Gastos de la presente solicitud será cubiertos con recursos de (Dígitela la fuente de autogestión):						
Fuente:		OTRA: especifique		Otra: Recursos del Balance		
Indicar Cuenta y/o Referencia donde se encuentran los recursos:		Ref 2:		NIVEL CENTRAL		
Línea Estratégica		L5. Modernización de la Gestión Administrativa				
Motor de Desarrollo		M1. Fortalecimiento institucional.				
Nombre del Proyecto		P1 - Mejoramiento y efectividad de procesos administrativos y académicos.				
Información adicional						
2. CONCEPTO DEL GASTO:						
Mantenimiento de equipos para los laboratorios de la Facultad de Química y Farmacia 2024						
TIPO DE GASTO					VALOR	
SERVICIOS DE MANTENIMIENTO, REPARACIÓN E INSTALACIÓN (EXCEPTO SERVICIOS DE CONSTRUCCIÓN)					\$100,000.000	
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 (\$)		\$100,000.000				
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 3000601 - Proy: 50101		FECHA RECIBIDO DPTO. GESTIÓN FINANCIERA		18/ENE/2023		
Departamento de Gestión Financiera Tel: 3197242 Mail: solicitudcdp@mail.uniatlantico.edu.co						