

 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
	29	04	2025		ADICIÓN (*)	

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre Solicitante	LUIS CLIMACO MERINO 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 la 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:

Suministro continuo de medicamentos (genéricos y comerciales) a la farmacia ubicada en las instalaciones de la Unidad de Salud de la Universidad del Atlántico

TIPO DE GASTO	VALOR
OTROS PRODUCTOS QUÍMICOS: FIBRAS ARTIFICIALES (O FIBRAS INDUSTRIALES HECHAS POR EL HOMBRE)	\$ 1.770.000.000,00

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.

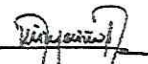
VALOR (\$)	\$1.770.000.000
------------	-----------------

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 DD / MM / AAAA