

 INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD <small>NORTE DE SANTANDER</small>	GESTION FINANCIERA	Código: I-GF-PO17-01
	INSTRUCTIVO SOLICITUD DE TRASLADO PRESUPUESTAL	Fecha Aprobación: 08/06/17
		Versión: 01
		Página 1 de 1

1. OBJETIVO

Orientar al solicitante en el adecuado diligenciamiento del formato solicitud de traslado presupuestal y validar la información que debe contener el mismo.

USO EXCLUSIVO DEL SOLICITANTE	
Datos generales	
Tipo de modificación	Seleccionar el tipo de modificación a realizar
Fecha de solicitud	Registrar la fecha de solicitud
Hora	Registrar la hora de la solicitud
Nombre responsable de solicitud	Personal del área quien elabora la solicitud de traslado
Motivo de solicitud	Justificación del traslado
Datos de los rubros a ser acreditados	
Código del rubro	ID del rubro al cual se realiza el traslado
Descripción del rubro	Concepto del rubro u objeto del mismo
Valor	Saldo a acreditar
Datos de los rubros a ser contracreditados	
Código del rubro	ID del rubro al cual se realiza el traslado
Descripción del rubro	Concepto del rubro u objeto del mismo
Valor en \$	Saldo a contracreditar
Solicitante	Nombre legible de la persona que realiza la solicitud
Aprobación	Nombre del Coordinador (a) de la dependencia, Grupo o Subgrupo funcional que aprueba la solicitud.
Autorización	Nombre del Representante legal de la institución o quien haga sus veces que autoriza la solicitud
USO EXCLUSIVO DE PRESUPUESTO	
Solicitud N°	Registro del número de la solicitud
Fecha de recepción	Registro de la fecha de recepción de la solicitud
Hora	Registro de la hora de recepción de la solicitud
Recibido	Nombre legible de la persona que recibe la solicitud
Concepto y/o observaciones	Registro de la viabilidad de la solicitud o en su defecto las observaciones pertinentes
Coordinador (a) Oficina de Presupuesto	Nombre y firma del Coordinador (a) de la Oficina de presupuesto.