# **FORMULARIO DE REGISTRO**

# **DE FIRMA**

Entidad Solicitante: [*ingrese el nombre de la convocante]*

Unidad Operativa de Contratación: [*ingrese el código SICP de la UOC o UEP, en caso de que la entidad cuente con más de un código SICP ingrese el detalle de cada uno de ellos]*

Cargo: *ingrese el cargo del firmante]*

Nombre y apellido del funcionario: *[ingrese el nombre y apellido del firmante]*

Documento de identidad: *[ingrese el número de documento de identidad del firmante]*

Correo electrónico:

Firmar en todos los cuadros:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

La DNCP verificará el uso de las firmas asentadas en el presente documento, previa aceptación de los Certificados de Disponibilidad Presupuestaria.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Solo para la Administración de la DNCP** | | |
| Funcionario Responsable: | Firma | Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ |
| Observación | | |

# 