

	<b>SOLICITUD DE NECESIDAD</b>	<b>Dependencia Solicitante</b> FACULTAD DE CIENCIAS Y EDUCACIÓN	
		<b>Vigencia</b> 2023	<b>No. Solicitud</b> 2472
		Pagina 1 de 1	

**Fecha de Solicitud:** 18 de Abril de 2023

**JUSTIFICACIÓN (Identifique de forma clara y corta la necesidad de la contratación.)**

**ESPECIFICACIONES TECNICAS: Si la compra o el servicio que requiere contempla especificaciones del orden técnico describalas.**

Descripción	Cantidad	Unidad
Cod. 1 Especificación: <b>ORDEN DE SERVICIO</b> POR CONCEPTO DE PAGO DE CUOTA ANUAL DE MEMBRESÍA AÑO 2023, GASTOS FINANCIEROS DE LA TASA DE CAMBIO Y EL VALOR DE LA TRANSFERENCIA EN CUENTA INTERNACIONAL A LA RED CONSEJO LATINOAMERICANO DE CIENCIAS CLACSO DE LA MEMBRESÍA DEL DOCTORADO EN ESTUDIOS SOCIALES ADSCRITO A LA FACULTAD DE CIENCIAS Y EDUCACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DISTRITAL FRANCISCO JOSÉ DE CALDAS.	1	

**INFORMACION DEL CONTRATO**

**Objeto:** POR CONCEPTO DE PAGO DE CUOTA ANUAL DE MEMBRESÍA AÑO 2023, GASTOS FINANCIEROS DE LA TASA DE CAMBIO Y EL VALOR DE LA TRANSFERENCIA EN CUENTA INTERNACIONAL A LA RED CONSEJO LATINOAMERICANO DE CIENCIAS CLACSO DE LA MEMBRESÍA DEL DOCTORADO EN ESTUDIOS SOCIALES ADSCRITO A LA FACULTAD DE CIENCIAS Y EDUCACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DISTRITAL FRANCISCO JOSÉ DE CALDAS.

**Duración:** VIGENCIA AÑO 2023

**Valor Estimado:** \$4,050,000.00

**DATOS DEL SUPERVISOR / INTERVENTOR**

**Nombre:** CLAUDIA LUZ PIEDRAHITA ECHANDIA

**Dependencia:** DOCTORADO EN ESTUDIOS SOCIALES

**PLAN DE CONTRATACION / RUBRO PRESUPUESTAL Y/O CENTRO DE COSTOS**

3-01-002-02-02-08-0005-	Membresias		\$4,050,000
	CENTRO DE COSTO	ACTIVIDAD	
1418041!	Doctorado en estudios sociales	2 MACROPROCESO DE GESTIÓN ACADÉMICA	\$4,050,000

**MARCO LEGAL**

Ningunas

**REQUISITOS MINIMOS**

Secuencia	Requisito	Observaciones
-----------	-----------	---------------

**ANEXOS**

Secuencia	Descripción	Observaciones
1	COTIZACIÓN	
2	ESTUDIOS PREVIOS	
3	CUENTA BANCARIA	
4	CETIFICADO DE ADMINISTRACIÓN	FEDERAL DE INGRESOS
5	SOLICITUD DEL PROYECTO	CURRICULAR

  
 OMER CALDERON  
 \_\_\_\_\_  
**Firma del Responsable de la dependencia solicitante**