

Código y Unidad Solicitante: INEBCOOP aldea Mor túfar, San Juan Sac. Código 01-10-1834-45

<b>Fecha de la solicitud:</b>	04 de septiembre de 2017	<b>Teléfono/ext.</b>	57610968 - 49282317		
G.0	Servicios Personales	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	G.1	Servicios No Personales	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G.2	Materiales y Suministros		G.3	Propiedad, Planta, Equipo e Intangibles	
G.4	Transferencias corrientes				

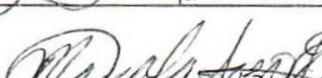
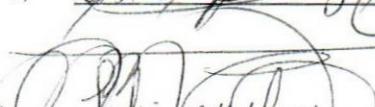
No.	Cantidad solicitada	Unidad de Medida	Descripción del bien o servicio/otros	Renglón de gasto	Valor estimado Q
1	1	mes	Subvencion correspondiente al mes de septiembre de 2017	431	Q 15,215.50
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
#					
#					
#					
#					
#					
#					
TOTAL					Q 15,215.50

Justificación / Observaciones: Por pago de subvención correspondiente al mes de septiembre de 2017

Por 5 secciones a razón de Q.3,043.10 c/u, NIT. 1729072-4, Cuentadancia I1-122, No. De recibo 306-C1 520997

**Datos de la persona solicitante:**

Nombre: Genaro López

F)	<i>Alvaro M. M.</i>	Cargo: <u>Secretario Contador</u>
cén?	<input checked="" type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
F)		
F)		
<b>CONSTANCIA DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> <u>SECRETARIO CONTADOR</u>		
<input type="checkbox"/> <u>SECRETARIO DE ENSEÑANZA</u>		
<input type="checkbox"/> <u>DIRECCION</u>		
<input type="checkbox"/> <u>Sello</u>		

Datos de Aprobación Coordinador de Unidad Solicitante \*

### Aprobación Director

Nombre: Licda. Lesbia Maricela Cotzoyaj Patzán  
Autoridad Superior

### CONSTANCIA DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA

La Dirección de Administración Financiera -DAFI- y/o Unidad Desconcentrada de Administración Financiera -UDAF- certifica que existe disponibilidad presupuestaria por el monto indicado en el presente documento, en la estructura presupuestaria que se describe a continuación:

PROG.   SUBP.   PROY.    ACT/OBRA    UB.GEO.     FTE. FIN.

Disponibilidad Presupuestaria:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Nombre y firma: _____ (Sello)		
Analista de Presupuesto		

(Exclusivo para encargado de Almacén)

Recibió conforme(nombre): \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ (sello)

\* Cuando aplique según la estructura de la unidad, de lo contrario consignar la palabra "no aplica". En el caso de DIGEF firmará el Subdirector correspondiente.

