

**UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA**

OFICINA DE TESORERIA

**FORMULARIO PARA LIQUIDACIONES**

|  |  |
| --- | --- |
| FECHA | |
| 01/07/2020 | |
| **Nombre del Funcionario o Estudiante Responsable\*:**  **(Recibido conforme del Bien o Servicio)**  **Cédula:** | | | | | | | | |  | | |
| \*Nota: Yo, como responsable de esta liquidación, declaro bajo juramento que todo lo indicado en este formulario y firmado  por mi persona es verídico, por lo que me acojo a las consecuencias determinadas en las leyes y reglamentos del país y de la UNED, en caso de demostrarse falsedad o inexactitud en la información aportada. | | | | | | | | | | | |
| **Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |  | | | | |  | | | | |
| SOLO DEBE LLENAR LOS DATOS DEL GASTO QUE DESEA LIQUIDAR | | | | | | | | | | | |
| LIQUIDACIÓN DE GASTOS MENORES | | | | | | | | | | | |
| Programa: | | | | Subprograma: | | | | | | | Actividad: |
| **Con adelanto** | | | | | | | | Sin adelanto | | | |
| Monto adelantado ¢ | Suma por reintegrar: | | | | | | | Monto utilizado ¢ | | | |
| Monto utilizado ¢ | Al Funcionario ¢ | | A la UNED ¢ | | | | |
| Fin institucional para el cual requerí efectuar el gasto: | | | | | | | | | | | |
| Datos del Proveedor (Indispensable) | | | | | | | | | | | |
| Cuenta Bancaria IBAN para depósito: | | | | | | | | | | | |
| Revisión de consulta en Ministerio de Hacienda:Proveedor Moroso: SI  NO  Fecha de revisión:  (Aplica para todos los proveedores) | | | | | Revisión de consulta en CCSS:Proveedor Moroso: SI  NO  Fecha de revisión:  (Aplica en servicios profesionales y en montos que superen lo establecido) | | | | | | |
| LIQUIDACIÓN DE COMBUSTIBLE Y OTROS | | | | | | | | | | | |
| Programa: | | | | Subprograma: | | | | | | | Actividad: |
| **Con adelanto** | | | | | | | | Sin adelanto | | | |
| Monto adelantado ¢ | Suma por reintegrar: | | | | | | | Monto adelantado ¢ | | | |
| Monto utilizado ¢ | Al Funcionario ¢ | | A la UNED ¢ | | | | |
| Fin institucional para el cual requerí efectuar el gasto: | | | | | | | | | | | |
| Datos del Proveedor (Indispensable) | | | | | | | | | | | |
| Cuenta Bancaria IBAN para depósito: | | | | | | | | | | | |
| Revisión de consulta en Ministerio de Hacienda:Proveedor Moroso: SI  NO  Fecha de revisión:  (Aplica para todos los proveedores) | | | | | | Revisión de consulta en CCSS:Proveedor Moroso: SI  NO  Fecha de revisión:  (Aplica en servicios profesionales y en montos que superen lo establecido) | | | | | |
| **Nombre de la persona que realiza la separación presupuestaria**: | | | | | | **VºBº del Responsable de la Unidad Presupuestaria:**  Nombre:  Firma: | | | | | |
| **Pagado por**:  Nombre: Firma: | | | | | | | | | | | |