

 **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: |