



**FORMULARIO No 7: INFORME DE GASTOS
RENDICION DE CUENTAS
OPS/OMS**

SCT No.

Para ser completado por la institución solicitante:

1. Nombre de la tarea: _____
2. Duración: desde _____ hasta _____
3. Monto total recibido: _____ No. de Cheque: _____

#	Detalles	Monto Gastado en	Número de Factura o Recibo
a.	Gastos de viaje (participante): - Per diem		
b.	- Pasajes		
	- Impuesto aeroportuario y otros		
	Honorarios (personal externo a la institución): - Profesional/Técnico/Secretarial		
c.	Alquiler de local		
d.	Alquiler de equipos		
e.	Materiales		
f.	Fotocopiado/Impresión		
g.	Transporte		
h.	Meriendas/Almuerzos		
i.	Otros		
	TOTAL		

4. Saldo que se devuelve a la OPS: en efectivo: _____ en cheque M/N: _____
Si es cheque: No. del cheque: _____ Banco: _____
5. Persona responsable del informe de gastos y su cargo: _____
6. Institución: _____
7. Firma: _____ 8. Fecha: _____

Certifico que los gastos reportados en el presente Informe han sido efectuados exclusivamente para la ejecución de la actividad para la cual han sido solicitados y aprobados previamente por la OPS/OMS, y que los documentos sustentatorios son correctos.