SCT No.

FORMULARIO No 8a: RELACION DE GASTOS
(Rendición de Cuentas)
OPS/OMS

Nombre de la institución: _____

Nombre de la actividad: _____

No. Correlativo	Fecha	No. de factura y/o recibo	Descripción del gasto	Monto Pagado
			Total	

Observaciones: _____

_____

_____

_____