MEMBRETE DEL ORGANISMO

[Nota N° del Organismo - Si Corresponde]

Ciudad de xxxx, xx de xxx de 20XX

Ref.: Informe de Rendición de Contraparte Local

“Código y nombre del estudio”

Préstamo 2851/OC-AR

Programa Multisectorial de Preinversión IV

SEÑOR DIRECTOR

A fin de cumplimentar la Rendición de Contraparte Local del Estudio de la referencia, prevista en la cláusula IV y VI del Convenio Subsidiario, se envían fojas Nro. 01 a fojas Nro. xx, incluida la presente Nota.

A continuación detallamos GASTOS por la suma de $ XXXXX; y adjuntamos a la presente, copia autenticada de la documentación repaldatoria:

1. **- PERSONAL DE PLANTA**: los recibos de haberes de los agentes detallados a continuación:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre y Apellido** | **DNI N°** | **Importe BRUTO de Haberes** | **Período trabajado** | **Fecha de Pago** | **% de dedicación a las tareas propias del estudio** | **Monto resultante imputable al Estudio** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Total de Haberes de PERSONAL DE PLANTA imputable al estudio: $ …………………………..** |
| * **Se adjunta:**
* Formulario F2: Afectación de Personal Afectado, con firma de aceptación de afectación.
* Copia fiel de Recibo de Haberes firmado por el personal afectado.
 |

1. **- PERSONAL CONTRATADO:** facturas y constancia de cancelación de la misma:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre y Apellido** | **DNI N°** | **Importe del Honorario** | **Fecha de Pago** | **% de dedicación a las tareas propias del estudio** | **Monto resultante imputable al Estudio** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Total de HONORARIOS PERSONAL CONTRATADO imputable al estudio: $ …………………………..** |
| * **Se adjunta:**
* Formulario F3: Afectación de Personal Contratado, con firma de aceptación de afectación.
* Copia fiel de Contrato, Facturas y Constancia de pago de Honorarios.
 |

1. **GASTOS DE LOGÍSTICA** detallados a continuación:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Concepto Facturado | Nombre Proveedor | Fecha de Pago | Numero de FC | Importe Pagado | Constancia de Pago Tesorería |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Total de GASTOS DE LOGISTICA imputable al estudio: $ …………………………..** |
| * **Se adjunta:**
* Copia fiel de Factura a nombre de la Entidad Beneficiaria; Orden de Pago y Constancia de Pago.
 |

1. **GASTOS DE** **PASAJES Y VIÁTICOS** detallados a continuación:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Titular Beneficiario | Nombre Proveedor | Fecha de Pago | Numero de FC | Importe Facturado | Constancia de Pago Tesorería |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Total de GASTOS DE PASAJES Y VIÁTICOS imputable al estudio: $ …………………………..** |
| * **Se adjunta:**
* Copia fiel de Pasajes a nombre del equipo de Contraparte; Factura a nombre de la Entidad Beneficiaria; Orden de Pago y Constancia de Pago.
 |
| **Total de GASTOS PASAJES Y VIATICOS imputable al estudio: $ …………………………..** |

|  |
| --- |
| **TOTAL DE GASTOS RENDIDOS EN CONCEPTO DE CONTAPARTE LOCAL: $ ..…………...........................** |

Sin otro particular, saludo a usted atentamente.

Firma Coordinador Firma Representante Técnico Firma Funcionario Autorizante

ACLARACION ACLARACIÓN ACLARACION

Al

Director Nacional de Preinversión Municipal

Secretaría de Asuntos Municipales

Ministerio del Interior, Obras Públicas y Vivienda

Presidencia de la Nación

**Cdor José Alejandro Abraam**

**S / D**