|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Universidad de San Carlos | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | **Form. AB-USAC-04** | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| de Guatemala | |  |  |  |  |  |  |  |
| **PAGO DE AYUDA BECARIA** | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | Código Unidad | Correlativo | Año |
|  |  |  |  |  | No. | ${item} | ${no} | ${year} |
|  |  |  |  |  | Fecha: | D/ ${dd} | M/ ${mm} | A/ ${yy} |
| **DATOS DEL BENEFICIARIO** | | | | | | | | |
| Primer apellido | |  | Segundo apellido | | | Nombres |  |  |
| ${fsurname} | | | ${ssurname} | | | ${name} | | |
| Carné estudiantil No. | |  | Reg. de Personal No. | | | Cédula de Vecindad No. o DPI | | |
| ${carne} | | |  | | | CUI: ${dpi} | | |
| Cargo que ocupa: | |  |  | Unidad Administrativa o Académica: | | | | |
| Estudiante | | | | ${academicu}, ${carrer} | | | | |
| Dirección de residencia: | | | | Teléfono No. | ${homep} | | NIT | |
| ${adress} | | | | Celular No. | ${personalp} | |  | |
| **DATOS DE LA AYUDA BECARIA** | | | | | | | | |
| No. Gestión de Provisión del Gasto: | | | No. Pago: | | Mes (es): | | | Año: |
| ${noc}-${yearc} | | | ${pay} | | Del ${initd} al ${endd} | | | ${yearc} |
| Con cargo a Partida Presupuestal No.: | | | | Monto por mes Q. | | Monto total Q | | |
| ${item} | | | | 2,500.00 | | ${grant} | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | Vo.Bo. | (f) |  |  |
|  | (f) |  |  |  |  | (Autoridad Competente) | | |
|  | (Tesorero) | | |  | Nombre Completo: Ing. Agr. Mirna Regina Valiente | | | |
| Nombre Completo: ${nameincharge} | | | | | Cargo que ocupa: Coordinadora Programa EPSUM | | | |
| Reg. de Personal No. | ${nofinancing} | |  |  | Reg. de Personal No. 20080085 | | |  |
| **FIRMA Y SELLO DE RESPONSABLES DEL TRÁMITE** | | | | | | | | |
| **USO EXCLUSIVO DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD** | | | | | | | | |
| Codigo contable: | | |  |  |  | | | |
| 2.1.02.0.33.022 | | |  |  |  | |  | |
| Fecha D/M/A | | | (f) |  |  |  | (sello) |  |
|  | | |  | Profesional de Contabilidad | | |  |  |
| **USO EXCLUSIVO DEPARTAMENTO CAJA** | | | | | | | | |
| Cheque No. | | |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  |  |  |  |  |  |
| Valor Q. | | |  |  |  |  |  |  |
|  | | | (f) |  |  |  | (sello) |  |
| Fecha D/M/A | | | Nombre: |  | | | | |
|  | | | Reg. Personal: | |  |  |  |  |
| **RECIBÍ CONFORME** | | | | | | | | |
| Nombre Beneficiario (a) o Mandatario: | | | | | Cédula o DPI No.: | | Cheque No.: | |
|  | | | | |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | (f) |  |  |  |  |  |
|  | | |  | Beneficiario (a) o Mandatario | | |  |  |
| 1 y 2/3 Depto. Contabilidad 3/3 Unidad Ejecutora | | | |  |  |  |  |  |