

**ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO**

\_\_\_\_\_  
 Agencia

**ESTIMADO DE GASTOS**

Para el mes \_\_\_\_\_

Original- Negociado de Intervenciones  
 Copia - OPE de la Agencia

Nombre del OPE	Número de Seguro Social del OPE	Fecha

Comentarios:

Linea de Distribución (Cifra de Cuenta)								(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
LN	Agencia	Núm. Documento	Fondo	Organización	Programa	Asignación	Año Pres.	Estimado de Gastos	Obligaciones Pendientes	Total Fondos Necesarios (A+B)	Fondos Disponibles Cuenta Corriente	Total Petición de Fondos (C-D)
1										0.00		0.00
2										0.00		0.00
3										0.00		0.00
4										0.00		0.00
5										0.00		0.00
6										0.00		0.00
7										0.00		0.00
8										0.00		0.00
9										0.00		0.00
10										0.00		0.00
11										0.00		0.00
12										0.00		0.00
13										0.00		0.00
14										0.00		0.00
15										0.00		0.00
16										0.00		0.00
17										0.00		0.00
18										0.00		0.00
19										0.00		0.00
20										0.00		0.00
TOTAL								0.00	0.00	0.00		0.00

Certifico que el importe de dinero solicitado es necesario para cubrir los gastos estimados a incurrirse durante el mes indicado y que éste no excede al que estoy autorizado a pagar mensualmente.

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Nombre y Firma O.P.E.

\_\_\_\_\_  
 Teléfono