**COMPROBANTE DE INGRESO DE FONDOS**

**ORGANIZACIONES PRIVADAS SIN FINES DE LUCRO**

*\* Formato obligatorio para Organizaciones Privadas y para cada transferencia recibida.*

*Los Servicios Públicos e Instituciones que manejen contabilidad completa deben remitir su Comprobante de Ingreso contable institucional, con firma y timbre en original.*

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE DE LA INICIATIVA:** |  |
| **FOLIO:** |  |
| **ORGANIZACIÓN RESPONSABLE:** |  |
| **FECHA RECEPCIÓN DE FONDOS:** |  |

Quién (es) suscribe (n) el presente documento, declara (n) haber recibido conforme por parte del Gobierno Regional de Atacama, la cantidad de $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (***colocar el monto en palabras***), para la ejecución de la iniciativa antes individualizada.

Esta transacción se realizó con fecha \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024 y se recibió en la Cuenta N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del Banco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Se adjunta copia de Cartola Bancaria que consigna dicho ingreso.

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL:** |  |
| **FIRMA:** |  |

***NOTA:*** *Ser aceptarán sólo formas en original o Firma Electrónica Avanzada.*