



**MANCOMUNIDAD DE MUNICIPIOS DEL SUR DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ
"MAMSURPAZ"**

San Juan, La paz 14 de Mayo del 2024

Lic. Yeny Patricia Maldonado
Oficial de Información Publica
MAMSURPAZ

Su Oficina.

Se le saluda muy cordialmente deseando éxitos en sus delicadas funciones que a diario realiza.

Por este medio se adjuntan todos los formatos vigentes de la Mancomunidad de Municipios del sur del Departamento de La Paz (MAMSURPAZ).

Atentamente,


Arnol Lenin Ramos
ADMINISTRACION /UTI



ASIGNACIÓN DE VIÁTICOS

Nombre:
Identidad:
Lugar y Fecha:
Cargo:

DESTINO:

ACTIVIDADES A DESARROLLAR:

Objeto de Viaje:

FECHA Y HORA DE SALIDA:

FECHA Y HORA DE REGRESO:

NUMERO DE DÍAS:

TIPO DE TRANSPORTE:

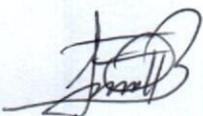
DESGLOSE DE GASTOS A REALIZAR.

Concepto	Unidad (Días / Km)	No. de Unidades	Costo Unitario	Total Lps
Hospedaje				
Alimentación (Desayuno ,Almuerzo y cena)				
Transporte				
Movilización Interna				
Combustible				
Otros (Peaje)				
TOTALES				

Interesado (a)

Revisado Administrador UTI-MAMSURPAZ

Aprobado. Coordinador UTI-MAMSURPAZ



LIQUIDACIÓN DE GASTOS DE VIAJE

Nombre:
Identidad:
Lugar y Fecha:
Cargo:

DESGLOSE DEL GASTO EFECTUADO

CONCEPTO	Unidad (día/km)	Numero Unidades	Costo Unitario	TOTAL LPS
Hospedaje				
Alimentación(Desayuno, Almuerzo, y Cena)				
Transporte Vehículo Propio				
Movilización				
Gastos de Peaje				
TOTALES				Lps.

1. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS

<u>Lugares a Visitar:</u>	
<u>Objeto de Viaje:</u>	
INICIO.	Finalización.

1. LIQUIDACIÓN

Petición de adelanto aprobado / Fondo concedido: Según recibo No. ___ SIN ___ Cheque Fecha:	Lps.
Gastos efectuados según comprobantes adjuntos a esta liquidación de gastos:	Lps.
TOTAL A REINTEGRAR / REEMBOLSAR	

Para uso exclusivo de Administración	Firma del liquidador
Revisó Admón.: (nombre y firma)	
Autorizó: (nombre y firma)	





ARQUEO CAJA CHICA

Fecha:

DETALLE DE MONEDAS	CANTIDAD	TOTAL
0.05	0	0
0.10	0	0
0.20	0	0
0.50	0	0
Sub total		L.0
DETALLE DE BILLETES	0	L.0
1.00	0	L.0
2.00	0	L.0
5.00	0	L.0
10.00	0	L.0
20.00	0	L.0
50.00	0	L.0
100.00	0	L.0
200.00	0	L.0
500.00	0	L.0
Sub total		L.0
Total efectivo		L.0
Vales		L.0
Facturas/recibos		L.0
Diferencia + () - ()		L.0
Total Fondo caja chica		L.0

Encargado Caja Chica

Vo. Bo. Responsable Arqueo de Caja

Testigo del Arqueo

ANEXO 1
MODELO DE VALE DE INGRESO



MANCOMUNIDAD "MAMSURPAZ"

VALE DE CAJA CHICA No. _____

I N G R E S O

POR LPS. _____

Recibí Cheque No. _____ Para reintegrar fondos reportados en liquidación No. _____
De fecha _____ y según Vale
de Ingreso No. : _____

Recibí _____ Entregué _____

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA

San Juan, Departamento de La Paz, ____ de _____ 20_____



Mancomunidad de Municipios del Sur de La Paz
MAMSURPAZ

Barrio el Centro Contiguo al Mercado Municipal
San Juan, La Paz

E Mail: mamzurpaz@yahoo.com Tel. 9889-3385

RECIBO DE CAJA

Cliente _____

Dirección: _____

LPS	L
-----	---

NO	DESCRIPCIÓN	PRECIO UNITARIO LPS	TOTAL LPS
			00
		IVS%	00

TOTAL: _____ **LPS.**

Cantidad en Letra: _____

Lugar y Fecha: _____

Nombre

Firma

N°. Identidad



Conciliación Bancaria Mes de Abril 2024

Tipo de Cuenta: De Cheques No.:

Saldo en Libros		
(-) Notas de cargo no contabilizadas		<u>0.00</u>
(+) Notas de abono no contabilizadas		<u>0.00</u>
Saldo real en Libros		
Saldo según estado de cuentas		
(+) Depositos en transito		0.00
(-) Cheques pendientes de cobro		<u>L0.00</u>
Saldo bancario a conciliar		<u>L0.00</u>

Fecha	No. Cheque	A favor de	Monto

		L. <u>0.00</u>
Diferencia por conciliar		

Fecha de Elaboracion:

F _____ f _____ f _____

Elabora

Revisa

Autoriza



"MANCOMUNIDAD DE MUNICIPIOS DEL SUR DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ "MAMSURPAZ"

COTIZACIÓN DE ALIMENTACIÓN			
Detalle	Cant.	Costo	Total
MERIENDA			
Almuerzo			
SUBTOTAL			0.00
IMPTO. 15%			0.00
TOTAL			0.00

Especificaciones a requerir: 1)

No. de Identidad: _____

Nombre del Proveedor:

No. Celular: _____



Mancomunidad de municipios del sur del departamento de la Paz

PROYECTO

“

Alimentación:

	DESCRIPCION	Cantidad			cantidad			
			P/UNIT.	TOTAL.		P/UNIT.	TOTAL.	
	MERIENDA							
							L. -	
	ALMUERZO							
				L. -			L. -	
	Sub Total			L. -			L. -	
	Imp.15%			L. -			L. -	
	TOTAL			L. -			L. -	

NOTA:

Administración/ MAMSURPAZ

Coordinador/ UTI

ANALISIS DE COMPRA							Versión:
							Fecha:
Oficina de país / Ubicación:	Mancomunidad de Municipios del Sur de la Paz Mamsurpaz						
Análisis de ofertas para (artículos y RFQ / P #):							
Fecha							
* Adjunte todas las citas y correspondencia *							
Nombre del Vendedor							
Número de teléfono / correo electrónico							
Referencia pro-forma de factura / oferta							
Descripción de artículos o servicios	Cantidad	Precio Unitario	Precio Total	Precio Unitario	Precio Total	Precio Unitario	Precio Total
SubTotal			0.00		0.00		0.00
Impuestos							
Entrega							
Total			0.00		0.00		0.00
Criterios de Evaluacion	%	Puntuación sin procesar	Puntuación ponderada	Puntuación sin procesar	Puntuación ponderada	Puntuación sin procesar	Puntuación ponderada
Precio (puntaje máximo bruto: 100)	40%		40%		35%		30%
Tiempo de entrega (Puntuacion Maxima Bruto 100)	20%		20%		20%		20%
Calidad del producto (puntaje bruto máximo: 100)	20%		20%		20%		20%
Experiencia del vendedor (puntaje bruto máximo: 100)	20%		20%		20%		20%
[Criterio 5] (Puntuación máxima en bruto: 100)	0%		0%		0%		0%
[Criterio 6] (Puntuación máxima en bruto: 100)	0%		0%		0%		0%
Puntuación ponderada total			100%		95%		90%
Proveedor Seleccionado:	TALLER SAN SEBASTIAN						
Justificacion:							
Búsqueda realizada por:							
	Nombre			Firma		Fecha	
Preparado Por:	Aprobado Por:			Nombre del vendedor:			
				Terminos de entrega:		Inmediata	
Nombre	Firmas autorizada (s)			Términos de pago:		Cheque	



**MANCOMUNIDAD DE MUNICIPIOS DEL SUR DE LA
PAZ - MAMSURPAZ**

San Juan, San Antonio del norte, Aguanqueterique, Lauterique,
Guajiquiro y Mercedes de Oriente, Opatoro

**CUADRO COMPARATIVO DE
COTIZACIONES**

LUGAR Y FECHA	
--------------------------	--

DESCRIPCIÓN DE PROVEEDORES				
PROVEEDOR 1		RTN		CONTACTO
PROVEEDOR 2		RTN		CONTACTO
PROVEEDOR 3		RTN		CONTACTO

Nº	Descripción del Producto	Proveedor 1			Proveedor 2			Proveedor 3		
		Cantidad	Costo Unitario	Costo Total	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total
1				-			-			-
2				-			-			-
3				-			-			-
	Subtotales			-			-			-
	Impuesto 15%									
	Totales			-			-			-

ELABORADO POR	
FIRMA	

APROBADO POR	
FIRMA	