|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la institución/centro: |  |
| Número de proveedor: |  |
| Nombre de la persona de contacto: |  |
| Correo electrónico de la persona de contacto: |  |
| Número de teléfono: |  |

| **Nombre del proveedor*****¿En dónde hizo su compra?*** | **Fecha** ***¿Cuándo compró los artículos?***  | **Categorías\******¿A qué categoría del plan de gastos corresponde el artículo?*** | **Costo*****Monto total del subsidio gastado en este recibo*** |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Ejemplos:*****Target**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***Procesamiento automático de datos (ADP)** | **16/Abr/21****\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*****14/Mar/22** | **Alimentos y nutrición****\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*****Nómina** | **$300****\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*****$3,000** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

| **Nombre del proveedor** | **Fecha** | **Categorías\*** | **Costo** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 **Gasto total: $**

**\*Categorías de gastos**:

- Nómina

- Copago o exención de colegiatura

- Costos de alquiler o hipoteca

- Suministros y servicios de limpieza y desinfección

- Costos operativos del negocio

- Apoyos de salud mental

- Acceso a internet

- Alimentos

- Salud y nutrición

- Acceso a vacunas

- Equipo de protección personal

- Capacitación relacionada con prácticas de salud y seguridad

- Equipamiento y suministros para COVID-19

- Acercamiento con familias que hayan dejado de asistir debido al costo

- Aumento de las normas laborales