|  |  |
| --- | --- |
| 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?*** | **Artículos incluidos** ***¿Qué artículo se compró con los fondos del subsidio?*** | **Categorías\***  ***¿A qué categoría del plan de gastos corresponde el artículo?*** | **Costo**  ***Costo del artículo, más impuestos y envío*** |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Ejemplos:***  **Target**  \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* **ADP** | * Toallitas limpiadoras Clorox * Guantes de látex * Factura de electricidad   \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* Sueldos y beneficios | * Suministros de limpieza * Equipo de protección personal * Servicios básicos * \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* Nómina | $20.00  $4.55  $100.00  \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* $3,000 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Recibo del proveedor** | **Artículos incluidos** | **Categorías\*** | **Costo** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Gasto total: $**

**\*Categorías de subsidios**: Servicios básicos; Alimentos; Suministros de limpieza relacionados con COVID-19; Costos de espacio; Tecnología/internet