Asunción, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2025.

**Señor**

***DIRECTOR GENERAL DEL TESORO PÚBLICO***

***Ministerio de Economía y Finanzas***

Palma esq. Chile - Planta Baja

Asunción, Paraguay

Tengo el agrado de dirigirme a usted, en relación a lo establecido en **el marco legal vigente**, con el objeto de solicitar registro de Firmas por el **Dpto. de Verificación e Información** para las Solicitudes de Transferencias de Recursos (S.T.R.) acorde al siguiente detalle:

1. ***Datos de la Entidad:***

****

**CÓDIGO / ENTIDAD: UAF / SUAF:**

**Dirección laboral:** ……………………………………………………………………………………………………………………

**Teléfono/s:** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Correo Electrónico Institucional:** ……………………………………………………………………………………………………………………………

1. ***Datos de los Firmantes:***

**a)** **Ordenador de Gastos Titular**

Nombres y Apellidos: ………………..……………………………………………………… C.I.P. N° …………………

Cargo actual en la entidad: ………………..…………………………………………………………………………………………………….

N° Dto. y/o Resolución de Nombramiento:……………………………… De Fecha:…………………………………………………………

N° Resolución de Designación:……………………………… De Fecha:…………………………………………………………

**b)** **Ordenador de Gastos Alterno**

Nombres y Apellidos: ………………..……………………………………………………… C.I.P. N°…………………

Cargo actual en la entidad: ………………..……………………………………………………………………………………………

N° Dto. y/o Resolución de Nombramiento:……………………………… De Fecha:…………………………………………………………

N° Resolución de Designación:……………………………… De Fecha:…………………………………………………………

**c) Habilitado Pagador**

Nombres y Apellidos: ………………..……………………………………………………… C.I.P. N° …………………

Cargo actual en la entidad: ………………..…………………………………………………………………………………………………….

N° Dto. y/o Resolución de Nombramiento:……………………………… De Fecha:…………………………………………………………

N° Resolución de Designación:……………………………… De Fecha:…………………………………………………………

***III. ANEXOS:***

1) Fotocopia de Cédula de Identidad Civil autenticada por escribanía de los librantes.

2) Fotocopia autenticada de Decretos / Resoluciones de Nombramiento en el cargo de los librantes.

3) Copia autenticada de Resolución de la máxima autoridad institucional en la que se designa al Ordenador de Gastos Alterno y Habilitado Pagador.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Responsable de la UAF/SUAF**

**Firma y Sello Institucional**

(\*) Para Uso Exclusivo de la Dirección General del Tesoro Público:

**Verificado por:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_