**INFORME MENSUAL DE PRESTACIONES DE SERVICIOS AL INSTITUTO NACIONAL DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** |  | | |
| **CUI:** |  | **NIT:** |  |
| **No. DE CONTRATO:** |  | **TIPO DE SERVICIOS:** |  |
| **TITULO DE LOS SERVICIOS:** |  | | |
| **PERÍODO DEL INFORME:** |  | **MONTO PARA PAGAR:** |  |
| **UNIDAD ADMINISTRATIVA DONDE PRESTA SUS SERVICIOS:** |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **ACTIVIDADES SEGÚN CONTRATO** | **ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO DEL INFORME** | **RESULTADOS OBTENIDOS/MEDIOS DE VERIFICACIÓN** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |

**Fecha:** Guatemala, 31 de agosto de 2025

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Firma de la persona que presta sus servicios: |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del responsable de velar por el cumplimiento del contrato:** |  |  |

Como responsable de velar el cumplimiento del contrato hace constar, que las actividades descritas en este informe responden a lo estipulado en el contrato y sus respectivos términos de referencia y se encuentran recibidos de conformidad, por lo que autoriza a quien corresponda, para que procedan al trámite de pago respectivo.

**(Firma del responsable de velar por el cumplimiento del contrato)**

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

**(Nombre del responsable de velar por el cumplimiento del contrato)  
Cargo que posee**

**\*Vo.Bo.**

**(Firma del Director)**

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

**(Nombre del Director)**

\* El Vo. Bo. Solo se coloca si el contrato así lo indica, ya que en

Ocasiones el jefe firma pero, con Vo.Bo. del Director.