CITE Nº XXX/2025

La Paz, agosto XX de 2025

Señores:

**DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANIFICACION / ENCARGADO REG./DISTRITAL**

**CAJA NACIONAL DE SALUD**

Presente.-

**Ref.: SOLICITUD REVERSION DE SALDOS POA**

De mi mayor consideración:

Mediante la presente solicito la **Reversión de Saldos** de las siguientes Certificaciones:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Certificación POA N°: |  | Emitida en fecha: |  |
| Certificación Presupuestaria N°: |   | Emitida en fecha: |  |

**Detalle de reversión de saldos por partidas:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Partida** | **Monto inicial Certificado (consolidado)** | **Monto Adjudicado** | **Saldo total a Revertir** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Justificación de la reversión:**

|  |
| --- |
|   |
|   |
|   |
|   |

Para su concreción se adjunta una copia de las Certificaciones POA, Presupuestaria y formulario de modificación POA (inclusión de requerimientos si corresponde).

Con este motivo, saludo a usted atentamente.

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Firma y Sello*

*Instancias que solicitan y autorizan la reversión POA*

Adj: CERTIFICACION POA, CERTIFICACION PRESUPUESTARIA

cc: Arch /Cron/