

	Gerencia General.	Form. N° ____/2025
	Coordinación de Obligaciones Diversas del Estado.	FL-CODE-16 Versión: 02
Formulario de Presentación y Recepción de Comprobantes de Ingreso - OSFL.		

La OSFL: Fundación Saraki

con Ruc N.º 80026245-0

Procede a la presentación del comprobante detallado más abajo de conformidad con el art. 19 a.2.2) del Anexo A del Decreto N.º 3248/2025.

Trimestre Transferido: Segundo (Abril-Junio) STR N.º: 101264 Fecha: 24/07/2025 OT N.º 238722 Fecha: 04/08/2025

Factura N.º	Fecha.	Condición	Timbrado N.º	Importe ₡	IVA	Total ₡
001-009-0000008	24/07/2025	Crédito	17815379	₡ 32500000	₡ 0	₡ 32500000
TOTAL ₡				₡ 32500000	₡	₡ 32500000

Recibo de Pago N.º 000001

Fecha: 04/08/2025

MARIA JOSE
CABEZUDO DE
MONTIEL

Firmado digitalmente por
MARIA JOSE CABEZUDO DE
MONTIEL
Fecha: 2025.08.05 16:14:13
+03'00'

FIRMA DEL TITULAR O REPRESENTANTE LEGAL DE LA OSFL
(Firma electrónica cualificada - Sin Sello)

Para uso Exclusivo de la Mesa de Entradas de la CODE.

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Datos de la factura coinciden con lo declarado en el formulario. | Si ☐ | No ☐ |
| 2. Ruc del MEF consignado correctamente en la factura. | Si ☐ | No ☐ |
| 3. Adjunta Validación de Timbrado de la factura. | Si ☐ | No ☐ |
| 4. Adjunta Recibo de Pago. | Si ☐ | No ☐ |
| 5. Adjunta CCT Actualizado. | Si ☐ | No ☐ |
| 6. Firma Electrónica Cualificada Válida del Respresentante de la OSFL. | Si ☐ | No ☐ |

RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN.

Para uso Exclusivo del Departamento de Análisis e Informes.

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Importe consignado en factura coincide con importe transferido. | Si ☐ | No ☐ |
| 2. N.º y fecha de STR correctos. | Si ☐ | No ☐ |
| 3. N.º y fecha de OT correctos. | Si ☐ | No ☐ |
| 4. N.º del comprobante correctamente asignado en el SIME. | Si ☐ | No ☐ |

Pasa al Área Análisis de OSFL

Si ☐

No ☐

Obs: _____

RESPONSABLE DE LA VERIFICACIÓN.

Para Uso Exclusivo del Área Análisis de OSFL (Validación de Comprobante)

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Trimestre consignado en la factura presentada es correcto. | Si ☐ | No ☐ |
| 2. Timbrado Válido. | Si ☐ | No ☐ |
| 3. Fecha consignada en la factura coincide con fecha de STR. | Si ☐ | No ☐ |

RESPONSABLE DE LA VALIDACIÓN.

	DIRECCIÓN NACIONAL DE INGRESOS TRIBUTARIOS	
	GERENCIA GENERAL DE IMPUESTOS INTERNOS	NUMERO 4270206162109
FORM.427-1		FECHA 05/08/2025
CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO TRIBUTARIO		
DATOS DEL SOLICITANTE		
RUC	80026245	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL
DV	0	FUNDACION SARAKI
A LA FECHA DE EXPEDICIÓN DEL PRESENTE DOCUMENTO EL CONTRIBUYENTE HA CUMPLIDO CON SUS OBLIGACIONES ANTE LA ADMINISTRACIÓN Y SE EMITE EL PRESENTE CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO TRIBUTARIO EN CARÁCTER NORMAL EN VIRTUD A LO ESTABLECIDO EN EL ART. N° 194 DE LA LEY N° 125/91 Y SU MODIFICACIÓN CON LA LEY N° 2421/04 Y DEMÁS DISPOSICIONES VIGENTES.		
VALIDO HASTA: 04/09/2025		NÚMERO DE CONTROL : A279099A
DIRECCIÓN NACIONAL DE INGRESOS TRIBUTARIOS		
 427180026245A279099A		

MARIA JOSE
CABEZUDO
DE
MONTIEL

Firmado
digitalmente por
MARIA JOSE
CABEZUDO DE
MONTIEL
Fecha: 2025.08.05
16:14:36 -03'00'