



Fecha: \_\_\_\_\_

### CERTIFICACION DE DISPONIBILIDAD DE FONDOS

Certificamos que nuestra (Agencia o Corporación Pública) \_\_\_\_\_  
posee los recursos fiscales para cubrir el incentivo económico y el incentivo para Plan Médico correspondientes  
a la Solicitud de Elección del siguiente participante:

Número de Solicitud:	2018-
Nombre:	
Número de Puesto:	
Título de Puesto:	
Categoría:	
Salario:	
Aportación Plan Médico:	
Origen de Recursos:	
Cifra de Cuenta:	
Año Fiscal:	
Vigencia de la Cuenta:	

Esta certificación se encuentra en cumplimiento con la Orden Administrativa 2018-13 de la Autoridad de Asesoría Financiera y Agencia Fiscal de Puerto Rico (AAFAF).

\_\_\_\_\_  
Nombre, Título

\_\_\_\_\_  
Firma