AUTORIZACIÓN DE COBRO DE HABERES

ÚNICA VEZ

|  |  |
| --- | --- |
| FUNCIONARIO AUTORIZANTE |  |
| NOMBRES:       |
| APELLIDOS:       |
| C.I.:        | DEPARTAMENTO:       |

|  |
| --- |
| SR. DIRECTOR DE PROGRAMA GESTIÓN FINANCIERO CONTABLE |
| AUTORIZO A:       |
| C.I.:       | DEPARTAMENTO:       |
| A HACER EFECTIVO EL COBRO DE HABERES DEL MES DE       | DE 20      |
| MONTEVIDEO,       | DE       | DE 20      |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| FIRMA DEL AUTORIZADO | FIRMA DEL AUTORIZANTE |

|  |
| --- |
| PRESENTAR EN EL DEPARTAMENTO DE TESORERÍA: |
| 1. AUTORIZACIÓN DE COBRO DE HABERES DEBIDAMENTE ESCRITURADA.
 |
| 1. FOTOCOPIA DE CÉDULA DEL AUTORIZADO Y AUTORIZANTE.
 |