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. |