|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Expediente N°:** |  | **Fecha:** |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Solicitante:** (usuario del servicio) | **Correo electrónico:** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Área de Servicio:** | **Importe:** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Fondos a utilizar para afectar el pago** (F11 o F12 del Depto, Subsidio, OAT, etc.) |
|  |

|  |
| --- |
| IMPORTANTE: Deberá adjuntarse al presente formulario el comprobante de servicio emitido por el área que prestó el servicio. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Firma del usuario del servicio |  | Firma responsable de los fondos (área pagadora) |