Facultad de Enfermería

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA URUGUAY

FORMULARIO DE RENDICION DE VALE

NOMBRE:_____ VALE N.º:_____

C.I.:_____

MOTIVO:_____ FECHA :_____

FECHA	N.º COMPROBANTE	EMPRESA	CONCEPTO	T/C	MOND. EXT.	$
				SUBTOTAL		

	MOND. EXT.	$
TOTAL VALE		
TOTAL GASTOS		
TOTAL A DEVOLVER A TESORERIA		

_____ _____

Firma del Funcionario Aclaración

_____ _____

Firma del Superior Aclaración

SECCION RENDICIONES Fecha de Rendido _____

Firma por Seccion Gastos _____

SECCION REGISTRACION Financiación _____

Fecha Registrado _____