

ANDE

Sigla / Nº / Año

SOLICITUD DE SUBSIDIO

Nombre y Apellido: _____ **Nº de Empleado:** _____
Dependencia: _____ **Cargo:** _____
Nº de Interno o Teléfono del funcionario solicitante: _____
solicita **subsidio** en concepto de: _____ para lo cual acompaña
los siguientes documentos comprobatorios:

☐ Certificado de Matrimonio

☐ Certificado de Defunción

☐ Certificado de Nacimiento

☐ Matrícula Escolar y/o fotocopia Libreta de Calificaciones

☐ Otros (Especificar): _____

Obs.: _____

Nota: Certifico bajo mi responsabilidad que los datos consignados en este formulario así como los documentos comprobatorios son verdaderos y completos.

Firma del Interesado

Fecha: ____/____/____

A: DPTO. DE ACOMPAÑAMIENTO DEL PERSONAL (DRH/DAP)

Firma Jefe Unidad Administrativa

Nombre y Apellido: _____

Nº de Empleado: _____

Fecha: ____/____/____

Dpto. de Acompañamiento del Personal (DRH/DAP)

Observaciones: _____



A Dpto. de Gestión del Personal (DRH/DGP)



A Dpto. Control de Pagos (SGF/DCP)

Rubro presupuestario: _____

Procesado por

Nombre y Apellido: _____

Fecha: ____/____/____

Firma Jefe

Nombre y Apellido: _____

Nº de Empleado: _____

Fecha: ____/____/____



Dpto. de Gestión del Personal (DRH/DGP)



Dpto. de Control de Pagos (SGF/DCP)

Observaciones: _____

Procesado por

Nombre y Apellido: _____

Fecha: ____/____/____

Firma Jefe

Nombre y Apellido: _____

Nº de Empleado: _____

Fecha: ____/____/____

ORIGINAL: DPTO. DE ACOMPAÑAMIENTO DEL PERSONAL (DRH/DAP)

1A. COPIA: DPTO. CONTROL DE PAGOS (SGF/DCP)

2A. COPIA: UNIDAD EMITENTE