**EFECTOR:**

**CUIE:**

En mi carácter de Responsable del Efector, solicito autorización para el pago del RRHH detallado a continuación.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre y Apellido** | **DNI Nº** | **Función** | **Monto a abonar** | **Periodo a abonar** |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Firma:…………………………..

Aclaración:…………………………

Sello Responsable: ………………………….

Sello Efector:…………………………………….