



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
VICERRECTORADO ADMINISTRATIVO
ASMOE

NUCLEO DE SUCRE
RECTORADO

TRABAJADOR

ET
E
O

FECHA: _____

SOLICITUD DE REEMBOLSO

NOMBRE Y APELLIDO TITULAR:	C.I.:
----------------------------	-------

TELEFONO HAB.:	CELULAR:	E-MAIL:
----------------	----------	---------

**ATENCIÓN
RECAUDOS A ENTREGAR.**

- | | | |
|---|-----|---|
| 1 | [] | RECIBOS FACTURA O RECIBO (ORIGINAL Y COPIA) |
| 2 | [] | REFERENCIA, RECIPE Y/O INFORME MEDICO (SOLO ORIGINAL) |
| 3 | [] | FOTOCOPIA CARNET DEL TITULAR |
| 4 | [] | FOTOCOPIA C.I DEL O LOS BENEFICIARIO(S) |

Solo para ser llenado
po ASMOE

DESCRIPCIÓN DEL REEMBOLSO							
BENEFICIARIO	C.I.	PARENTESCO **	CONCEPTO DEL GASTO*	FECHA	N. FACT.	MONTO SOLICITUD	MONTO DEL REEMBOLSO
TOTAL GENERAL Bs.						-	

*CONCEPTO DEL GASTO: MEDICINAS - CONSULT.ESP.- MATERIAL M/Q - ESTUDIOS ESP.-HCM -ODONTOLOGIA-LENTE

** PARENTESCO: ©ÓNYUGE-C(O)NCUBINO-(H)IJO-(P)ADRE-(M)ADRE-H(E)RMANO-(A)BUELO

FECHA DE VERIFICACIÓN: ____/____/____/	VERIFICADO POR:
--	--------------------

Firma Titular y/o Beneficiario