CUERPO DE APOYO Y SALVAMENTO MARÍTIMO
CONTROL DE PAGO | CUOTA ANUAL

SECCIÓN I: DATOS DEL COMPONENTE ZONAL		
NOMBRE DEL COMPONENTE (CIRCUNSCRIPCIÓN ACUÁTICA) ONSA/CZ:		AÑO (aaaa)
CIUDAD SEDE	TELÉFONO CONTACTO	TELÉFONO DE GUARDIA

MARQUE CON UNA "X" LA CASILLA SEGÚN CORRESPONDA AFIRMATIVAMENTE. EN CASO DE NO APLICAR, INDIQUE N/A

ONSA/M#	NOMBRE COMPLETO	CUOTA ANUAL	REGISTRO CASMAR	ENTREGA CARNET	ENTREGA KIT (6)

Esta planilla de CONTROL MENSUAL DE PAGO, será actualizada y de uso expreso por parte del SECOMZON, basada en la información recabada en el Componente, la cual deberá ser supervisada por el COMANDANTE y remitida por este último al COMANDO NACIONAL, de conformidad con el Manual de Organización vigente; sin perjuicio del uso del MOD-SF-ONSA-0001 como documentación obligatoria por ante la SECRETARÍA DE FINANZAS, según corresponda.----------