

SOLICITUD DE PAGO U OTORGAMIENTO DE PRESTACION

(PARA PERSONAL DE BASE)

N° DE FOLIO: _____

FECHA DE PRESTACION		
DIA	MES	AÑO

SEÑALE CON UNA X LA(S) PRESTACION(ES) QUE SOLICITE LE SEA(N) OTORGADA(S)

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| - ANTEOJOS O LENTES DE CONTACTO* () | - LICENCIA DE MANEJO () |
| - REEMBOLSO C/CHEQUE BACARIO () | - AYUDA PARA IMPRESIÓN DE TESIS () |
| - APARATOS ORTOPEDICOS AUDITIVOS | |
| - Y/O SILLAS DE RUEDA () | - LICENCIA PARA TITULACION () |
| - DEFENSA EN CASO DE ACCIDENTE | |
| - AUTOMOVILISTICO () | - LICENCIA POR MATRIMONIO (....) |
| - AYUDA PARA GASTOS ESCOLARES () | |

* SE DEBE ESPECIFICAR, SI EL TRABAJADOR DESEA RECIBIR ESTA PRESTACION A TRAVES DE VALES PARA SU CANJE POSTERIOR EN OPTICA LUX, S.A. DE C.V. DEVLYN,S.A. CONTAMEX,S.A. O PRESTACIONES MEDICAS PARA INSTITUCIONES S.A. DE C.V. O BIEN SI DESEA EL REEMBOLSO DE LA FACTURA HASTA POR LA CANTIDAD AUTORIZADA.

DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE

- | | | |
|-----------------------------------|---------|---|
| 1. _____
APELLIDO PATERNO | MATERNO | 3.- _____
NOMBRES(S) |
| 2. _____
R.F.C. | | 5.- _____
ANTIGÜEDAD |
| 4.- _____
CLAVE PRESUPUESTAL | | 7.- _____
CLAVE DEL CENTRO DE TRABAJO DE ADSCRIPCION |
| 6.- _____
TIPO DE NOMBRAMIENTO | | 7.- _____
CURP |

8.- FECHA EN LA QUE SE PAGO ESTA PRESTACION POR ULTIMA VEZ _____

NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR

NOMBRE Y FIRMA DEL PERSONAL QUE
RECIBE LA SOLICITUD

SELLO DE LA UNIDAD
ADMINISTRATIVA

COMPROBANTE PARA EL TRABAJADOR

N° DE FOLIO _____

FECHA DE PRESTACION		
DIA	MES	AÑO

SE HACE CONSTAR QUE FUE PRESENTADA LA SOLICITUD PARA EL OTORGAMIENTO DE LA(S) PRESTACION(ES) _____

NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR

NOMBRE Y FORMA DEL PERSONAL QUE RECIBE LA
SOLICITUD

SELLO DE LA UNIDAD.
ADMINISTRATIVA