



SERVICIOS DE SALUD DE MORELOS	
SOLICITUD DE PAGO DE AYUDA PARA LA ADQUISICIÓN DE ANTEOJOS	
FECHA: _____	
QUINCENA	
NOMBRE DEL TRABAJADOR:	R.F.C:
NÓMINA	
CLAVE PRESUPUESTAL	
ADSCRIPCIÓN	
DIRECCIÓN:	SUBDIRECCIÓN:
DEPARTAMENTO:	TELÉFONO:
SE AUTORIZA EL PAGO VIA NÓMIMA POR LA CANTIDAD DE \$1,200.00 POR CONCEPTO DE AYUDA PARA LA ADQUISICIÓN DE ANTEOJOS POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA, DE CONFORMIDAD POR LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 130, FRACCIÓN XXXIV DE LAS CONDICIONES GENERALES DE TRABAJO.	
SOLICITANTE:	AUTORIZÓ:
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TRABAJADOR	C.P. LLUVIA ABRIL FRANCO VAZQUEZ SUBDIRECTORA DE RECURSOS HUMANOS

REQUISITOS

- 1.- FORMATO DE SOLICITUD
- 2.- COPIA DEL TALÓN DE PAGO RECIENTE
- 3.- ORIGINAL DE DIAGNÓSTICO MÉDICO
- 4.- ORIGINAL DE LA FACTURA A NOMBRE DEL TRABAJADOR