



SERVICIOS
DE SALUD

SERVICIOS DE SALUD DE MORELOS	
SOLICITUD DE PAGO DE AYUDA PARA TESIS	
FECHA:	
QUINCENA	
NOMBRE DEL TRABAJADOR:	
R.F.C:	
NÓMINA	
CLAVE PRESUPUESTAL:	
ADSCRIPCIÓN	
DIRECCIÓN:	SUBDIRECCIÓN:
DEPARTAMENTO:	TELÉFONO:
SE AUTORIZA EL PAGO VIA NÓMINA POR LA CANTIDAD DE \$6,300.00 POR CONCEPTO DE AYUDA PARA PAGO DE LA IMPRESIÓN DE TESIS DEBIENDO COMPROBAR CON DOCUMENTO IDÓNEO APROBATORIO DE LA TESIS, DE CONFORMIDAD POR LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 130, FRACCIÓN XXVIII DE LAS CONDICIONES GENERALES DEL 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.- ACTA DE EXAMEN PROFESIONAL
- 4.- PORTADA DE LA TESIS
- 5 ORIGINAL DE LA FACTURA A NOMBRE DEL TRABAJADOR