



FORMATO PARA PRÉSTAMO URGENCIAS MÉDICAS

FECHA: / / 20

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE:

No. EMPLEADO

FACULTAD:

No. CELULAR:

PERSONAL BASE

TEMPORAL:

DOMICILIO PARTICULAR:

CALLE Y NÚMERO

COLONIA

C.P.

CANTIDAD SOLICITADA: \$

CANTIDAD CON LETRA

MOTIVO: _____

FORMA DE PAGO:

QUINCENAL

MENSUAL

UN SOLO PAGO

No. DE DESCUENTOS _____

CANTIDAD A DESCONTAR \$ _____

PRIMER DESCUENTO

/

20

.

ÚLTIMO DESCUENTO

/

20

.

DOCUMENTOS COMPROBATORIOS

CARTA DE URGENCIAS MÉDICAS

OFICIO DE SOLICITUD URGENCIA MÉDICA

OTRO

EN CASO DE OTRO, EXPLIQUE: _____

FIRMA DEL SOLICITANTE