Imprimir formulario

INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
DIRECCIÓN DE CAPITAL HUMANO
DIVISIÓN DE REMUNERACIONES
DEPARTAMENTO DE CONTROL DE NÓMINA

"CÉDULA DE PAGADOR HABILITADO AUTORIZADO"

Escuela/Dependencia: _____

_____

Domicilio: _____

_____

Director (a): _____

Correo electrónico: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____

Cargo: _____

No. Empleado: _____

Correo electrónico: _____

Clave plaza: _____

Domicilio particular: _____

_____

Tel. oficina: _____ Tel. contacto: _____

N O T A

1) La entrega de cheques/vales deberá realizarse en el Centro de Trabajo

_____

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR (A)

Zona de Pago: _____

FOTO

_____

Nombre y Firma del Pagador Habilitado

Sello Oficial del Centro