



Solicitud de servicio

Tipo de trámite

AYUDA POR DEFUNCIÓN DE FAMILIARES

Datos del trabajador(a):

Nombre: _____
Paterno Materno Nombre(s)

R.F.C.: _____ Número de Empleado: _____

Adscripción: _____ Extensión: _____

Domicilio particular: _____

Colonia: _____ C.P.: _____

Municipio o Delegación: _____ Estado: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Datos de la personal que falleció:

Nombre: _____

Parentesco: _____

FIRMA DEL SOLICITANTE

Nota: Comunicarse en **30 días hábiles**, a partir de la fecha de recepción de los documentos a la oficina de Liquidaciones y Pagos diversos al teléfono **55-5729-6000 extensión 63260**, horario de servicio de lunes a viernes de **08:30 a 14:30hrs.**