



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
DIRECCIÓN DE CAPITAL HUMANO
DIVISIÓN DE TRAYECTORIAS DEL PERSONAL
DEPARTAMENTO DE PRESTACIONES Y SERVICIOS
OFICINA DE LIQUIDACIONES

SOLICITUD DE SERVICIOS

TIPO DE TRÁMITE

() AYUDA POR DEFUNCIÓN DE FAMILIARES

DATOS DEL TRABAJADOR:

NOMBRE: _____
PATERNO MATERNO NOMBRE (S)

R.F.C. _____ SEXO FEMENINO () MASCULINO ()

ADSCRIPCIÓN: _____ INGRESO AL I.P.N. _____

DOMICILIO PARTICULAR: _____
CALLE N° NÚMERO N° INTERIOR

COLONIA: _____ C.P. _____

MUNICIPIO O DELEGACIÓN: _____ ESTADO: _____

TELÉFONO: _____

DATOS DEL BENEFICIARIO (Mayor de 18 Años, solo una persona):

NOMBRE: _____

PARENTESCO: _____

DATOS DE LA PERSONA QUE FALLECIÓ:

De acuerdo a los convenios de revisión salarial 2011-2012 y de Prestaciones Sociales y Económicas para el bieno 2012-2013

NOMBRE: _____

PARENTESCO: _____

NOTA: COMUNICARSE EN 30 DÍAS HÁBILES, A PARTIR DE LA FECHA DE RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS CON EL C.P. MANUEL HERNÁNDEZ LUQUEÑO, A LA OFICINA DE LIQUIDACIONES AL TEL 5729-6300 EXTENSIÓN 63260, HORARIO DE SERVICIO DE LUNES A VIERNES DE 08:30 A 17:30 HRS.

FIRMA DEL SOLICITANTE