

<b>SERVICIOS DE SALUD DE MORELOS</b>	
<b>SOLICITUD DE PAGO DE AYUDA PARA LA ADQUISICIÓN DE ANTEOJOS</b>	
FECHA: _____	
<b>QUINCENA</b>	_____
<b>NOMBRE DEL TRABAJADOR:</b>	<b>R.F.C:</b>
<b>NÓMINA</b>	_____
<b>CLAVE PRESUPUESTAL</b>	
<b>ADSCRIPCIÓN</b>	
<b>DIRECCIÓN:</b>	<b>SUBDIRECCIÓN:</b>
<b>DEPARTAMENTO:</b>	<b>TELÉFONO:</b>
<p>SE AUTORIZA EL PAGO VIA NÓMIMA POR LA CANTIDAD DE <b>\$1,200.00</b> POR CONCEPTO DE AYUDA PARA LA ADQUISICIÓN DE ANTEOJOS POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA, DE CONFORMIDAD POR LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 130, FRACCIÓN XXXIV DE LAS CONDICIONES GENERALES DE TRABAJO.</p>	
<b>SOLICITANTE:</b>	<b>AUTORIZÓ:</b>
<b>NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TRABAJADOR</b>	<p style="text-align: center;"><b>LIC. ANGELES VÁSQUEZ REYES</b> ENCARGADA DE DESPACHO DE LA SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS</p>

**REQUISITOS**

- 1.- FORMATO DE SOLICITUD
- 2.- COPIA DEL TALÓN DE PAGO RECIENTE
- 3.- ORIGINAL DE DIAGNÓSTICO MÉDICO
- 4.- ORIGINAL DE LA FACTURA A NOMBRE DEL TRABAJADOR