

SOLICITUD DE APOYO PARA LA ADQUISICIÓN DE LENTES, APARATOS ORTOPÉDICOS Y AUDITIVOS

Xalapa, Ver., a _____ de _____ de _____

L.C. CARLOS BERNABÉ PÉREZ SALAZAR
DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
SECRETARÍA DE FINANZAS Y PLANEACIÓN
P R E S E N T E.

Con fundamento en lo que establece las cláusulas 74 y 75 de las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz, solicito apoyo para la adquisición de:

Anteojos o Lentes de Contacto

Aparatos Ortopédicos o Auditivos

Para lo cual anexo copia de la solicitud de Servicio de Optometría de la Unidad Médica Familiar y el original de la Receta Médica. En caso de verme favorecido con la petición, me comprometo a entregar, en un lapso no mayor a 30 días naturales contados a partir de la fecha de pago, la factura con los requisitos fiscales a nombre de la Secretaría de Finanzas y Planeación, en la que se describa mi nombre y se indique las especificaciones técnicas del producto adquirido según la Receta Médica, de lo contrario, autorizo a la Dependencia a realizar el descuento correspondiente por el monto recibido, así como la aplicación de la sanción que corresponda en términos del artículo 30 Fracción XI de la Ley Estatal del Servicio Civil.

RFC	NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
-----	---------	------------------	------------------

DEPENDENCIA	CLAVE SINDICAL
-------------	----------------

ÁREA DE ADSCRIPCIÓN	SITUACIÓN ADMINISTRATIVA
---------------------	--------------------------

CLÍNICA ASIGNADA	FECHA DE SOLICITUD DE SERVICIO DENTRO DE LA UMF	NÚMERO DE RECETA	FECHA DE LA RECETA
------------------	---	------------------	--------------------

CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO DE LA DEPENDENCIA	EXTENSIÓN	CELULAR
--------------------	----------------------------	-----------	---------

SOLICITA
NOMBRE Y FIRMA

Vo.Bo.

AUTORIZA

L.C. ANA LILIA COXCA GUARNEROS
SUBDIRECTORA DE RECURSOS HUMANOS

L.C. CARLOS BERNABÉ PÉREZ SALAZAR
DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN

DATOS PARA LLENADO EXCLUSIVO DE LA SEFIPLAN	SELLO DE LA SEFIPLAN
<p>____/____/____ PRIMER APOYO _____</p> <p>ÚLTIMA FECHA DE APOYO</p>	