



VERACRUZ
GOBIERNO
DEL ESTADO

SOLICITUD DE AYUDA PARA LA ADQUISICIÓN DE APARATOS ORTOPÉDICOS O 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 la cláusula 75 de las *Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz 2019-2020*, solicito apoyo para la adquisición de:

Aparatos Ortopédicos

Aparatos Auditivos

Para lo cual anexo copia de la receta médica, copia de identificación oficial y presupuesto expedido por una empresa especializada en la materia, en caso de obtener el apoyo, me comprometo a entregar, en un lapso no mayor a 30 días naturales contados a partir de la fecha que reciba el recurso, 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 (Conforme al comprobante de pago)		SITUACIÓN ADMINISTRATIVA (Base, Contrato, ETA)	
CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO Y EXTENSIÓN DE LA DEPENDENCIA	NÚMERO DE CELULAR	NÚMERO Y FECHA DE RECETA

Hago constar y declaro bajo protesta de decir verdad que la documentación que se adjunta es auténtica, misma que puede ser compulsada en cualquier momento.

SOLICITA
FIRMA DE LA O EL EMPLEADO

REvisa:
L.A.E. ESMERALDA ISABEL BATIZA SONI
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE CONTROL DE PERSONAL

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
____/____/____ PRIMER APOYO _____ ÚLTIMA FECHA DE APOYO	