



**UADY**

UNIVERSIDAD  
AUTÓNOMA  
DE YUCATÁN

"Luz, Ciencia y Verdad"



DIRECCIÓN GENERAL DE  
FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN

COORDINACIÓN GENERAL  
DE SERVICIOS DE SALUD

**FORMATO: RTAC-1**

MERIDA YUC., \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ 20\_\_

RECIBI DE LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE YUCATAN LA CANTIDAD DE  
\$ \_\_\_\_\_ (SON: \_\_\_\_\_)

POR CONCEPTO DE RECUPERACION DE GASTOS POR

\_\_\_\_\_

PARA \_\_\_\_\_

(Nombre del paciente)

NO OMITO MANIFESTAR QUE SOY TRABAJADOR DE BASE CON \_\_\_\_\_ HORAS

QUINCENALES EN \_\_\_\_\_

(Centro de trabajo)

EN CUMPLIMIENTO DE LAS CLAUSULAS 87 Y 88 DEL CONTRATO COLECTIVO UADY-  
APAUADY EN VIGOR.

R E C I B I

\_\_\_\_\_

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_

Clave: \_\_\_\_\_

**El importe a recuperar le será depositado a la misma tarjeta de su cuenta de nómina en la fecha señalada en el contrarecibo que se le entregará en el área de contabilidad de esta Coordinación. En caso de no tener cuenta de nómina deberá acudir a la Caja General (Campus Administración Central UADY) para recibir el cheque de su reembolso. De no acudir en la fecha señalada el cheque será cancelado y deberá reanudar el trámite.**

AUTORIZO

\_\_\_\_\_  
M.A. Elsy del Carmen Mezo Palma  
Directora General de Finanzas y Administración

**IMPORTANTE: Deberá anexar a este formato una carta exponiendo el motivo de la solicitud del reembolso. (No aplica para accesorios de Ortopedia).**



Calle 43 s/n con 76 y 78 Col. Centro  
C.P. 97000 Mérida, Yucatán



Tel. 999.920.79.91 al 94  
[www.uady.mx](http://www.uady.mx)

