



UADY

UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE YUCATÁN

"Luz, Ciencia y Verdad"



DIRECCIÓN GENERAL DE
FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN

COORDINACIÓN GENERAL
DE SERVICIOS DE SALUD

FORMATO: RTAC-2

MERIDA YUC., ____ DE _____ 20____

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

POR CONCEPTO DE RECUPERACION PARCIAL 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: _____

Dentro de los próximos 15 días de la fecha de pago señalada en el contrarecibo (CR) debe acudir a la Caja General (Campus Administración Central UADY) para recibir el cheque de su reembolso. De no acudir en ese periodo el cheque será cancelado y deberá reanudar el trámite.

AUTORIZO

M.A. Ely 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

