



UADY

UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE YUCATÁN

"Luz, Ciencia y Verdad"



DIRECCIÓN GENERAL DE
FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN

COORDINACIÓN GENERAL
DE SERVICIOS DE SALUD

FORMATO: RTAD-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 LA CLAUSULA 97 DEL CONTRATO COLECTIVO UADY-AUTAMUADY
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

