



SUPAUAC/PREST/03

**SINDICATO ÚNICO DE PERSONAL ACADÉMICO DE LA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CAMPECHE
SECRETARÍA DE PRESTACIONES
SOLICITUD DE APOYO DE CUMPLEAÑOS**

SAN FRANCISCO DE CAMPECHE, CAM. A _____

NOMBRE:

CENTRO DE TRABAJO: _____

SOLICITA EL APOYO DE CUMPLEAÑOS CON FECHA DE NACIMIENTO _____

Cheque

Transferencia

Cuenta: _____

Clabe: _____

Banco: _____

USO INTERNO

FECHA DE APROBACIÓN: _____

M. en P. DARINCA M. HERNÁNDEZ GONZÁLEZ
SECRETARÍA DE PRESTACIONES

OTORGA

D.C.F. EDITH DEL CARMEN FAJARDO
SECRETARÍA DE FINANZAS

VoBo

M.T.E. JOAQUÍN A. BERZUNZA VALLADARES
SECRETARIO GENERAL
AUTORIZA

*CLÁUSULA 83

CFDI DE NÓMINA DE LA ÚLTIMA QUINCENA

ENTREGAR PERSONALMENTE O ENVIAR LA DOCUMENTACIÓN AL CORREO: PRESTACIONES@SUPAUAC.ORG