



**Autorizar el reembolso por gastos médicos, dentales,
hospitalarios y auxilios varios**

Folio

Nombre del trabajador:			
No. de empleado:			
Dependencia:			
Categoría:			
Estatus:	Base <input type="text"/>	Contrato <input type="text"/>	
Antigüedad acumulada:	AA ___ MM ___ DD ___	Oficio no.	
Motivo de solicitud:			

Se anexa: Comprobante

Presupuesto

Anote en su caso los siguientes datos:

Dependiente

Nombre

Edad

<input type="checkbox"/>	Esposa:	
<input type="checkbox"/>	Concubina:	
<input type="checkbox"/>	Adoptante:	
<input type="checkbox"/>	Padre o Madre:	
<input type="checkbox"/>	Hijo:	

Cantidad solicitada \$

Cantidad autorizada \$

Firmas de cantidad acordada y autorizada del trámite.

Firma del representante sindical o del solicitante.

Recibió
Guanajuato, Gto.
Fecha
Por A.S.T.A.U.G

Observaciones