

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL JEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS COORDINACION DELEGACIONAL DE EDUCACION EN SALUD SOLICITUD DE PAGO DEL 50% DE LA COLEGIATURA UNIVERSITARIA				FECHA DE SOLICITUD DIA MES AÑO		
NOMBRE				MATRICULA		
ESPECIALIDAD			NOMBRE Y NUMERO DE LA UNIDAD SEDE DEL CURSO			
UNIVERSIDAD	NUMERO DE RECIBO	FECHA DE EXPEDICION	IMPORTE DE LA INSCRIPCION O COLEGIATURA			
						FIRMA

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COORDINACION DELEGACIONAL DE EDUCACION MEDICA COORDINACION DE EDUCACION MEDICA EN LA DELEGACION: JALISCO		CLAVE PRESUPUESTAL: 14A660612500
RECIBO DE PAGO No. de Follo: _____ BUENO POR: _____		
RECIBI DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL LA CANTIDAD DE:		
\$ _____		
POR CONCEPTO DE PAGO DEL 50% DE INSCRIPCION Y COLEGIATURA UNIVERSITARIA A MEDICOS RESIDENTES Y A ENFERMERAS EN CURSOS DE ESPECIALIZACION, CONFORME A LO ESTIPULADO EN EL ARTICULO 30 DEL "REGLAMENTO DE MEDICOS RESIDENTES EN PERIODO DE ADIESTRAMIENTO EN UNA ESPECIALIDAD" Y A LOS OFICIOS NUMEROS 4230, 038 Y 1285 DE FECHAS 14 Y 23 DE FEBRERO Y 20 DE JUNIO DE 1989.		
CERTIFICA COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACION EN SALUD	AUTORIZACION DE PAGO	RECIBI DE CONFORMIDAD ALUMNO
<u>DBA. ELSA ARMDA GUTIERREZ ROMAN</u> NOMBRE Y FIRMA	_____ NOMBRE Y FIRMA	_____ NOMBRE Y FIRMA

INSTRUCCIONES:

ESTA SOLICITUD DEBERA PRESENTARSE AL COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACION MEDICA EN ORIGINAL Y DOS COPIAS, COMPAÑADA DEL RECIBO ORIGINAL DE LA INSCRIPCION O COLEGIATURA UNIVERSITARIA, ORIGINAL, CONTRALORIA DELEGACIONAL, AUTORIZACION Y PAGO, COPIA, COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACION MEDICA, CONTROL Y ARCHIVO, COPIA, ALUMNO.

EL RECIBO PARA SU TRAMITE Y CORRO DEBERA CONTAR CON:
 FC DE LA INSTITUCION EDUCATIVA IMPRESO CONFORME AL ART. 25 Y 26A DEL CODIGO FISCAL DE LA FEDERACION
 CONCEPTO EXCLUSIVO DE COLEGIATURA O INSCRIPCION
 NUMERO DE FOLIO
 IMPORTE EN PESOS
 SELLO DE LA CAJA REGISTRADORA O BANCO RECEPTOR
 NOMBRE Y FIRMA DE VISTO BUENO DEL COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACION MEDICA
 SELLO DE LA CLAVE PRESUPUESTAL DE LA COORDINACION DELEGACIONAL DE EDUCACION MEDICA
 PARA RECIBIR EL PAGO, EL INTERESADO DEBERA PRESENTAR GAFETE DE IDENTIFICACION
 NOTA: UNICAMENTE SE CUBRIRIA EL VALOR DEL 50% DE LA INSCRIPCION, NO DEBERAN INCLUIRSE OTROS CONCEPTOS.