|  |
| --- |
|  |
| Lugar y fecha |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Nombre completo |  | Número de empleado |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| Zona de pago |  | Centro de trabajo |  | Horas a la quincena 09/2024 (15 de mayo de 2024) |

|  |
| --- |
| **XXXXXXXXXX** |
| Nombre y firma del personal académico solicitante |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Revisó y validó información** |  | **Autorizó** |
| **XXXXXXXXXX** | *Sello oficial de la dependencia* | **XXXXXXXXXXXXXX** |
| Nombre y firma del pagador habilitado del centro de trabajo | Nombre y firma del titular del centro de trabajo |