



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
DIRECCIÓN DE CAPITAL HUMANO
DIVISIÓN DE REMUNERACIONES
DEPARTAMENTO DE CONTROL DE NÓMINA

"Propuesta de Pagador Habilitado"

Escuela o Dependencia: _____

Director: _____

Plaza que ocupa: _____

Nombre: _____

Categoría: _____

Clave Plaza: _____

Antigüedad en el I.P.N.: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Datos de Personas que le conozcan (NO FAMILIARES)

Nombre: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

NOTA

- 1) Para tal efecto deberá contar con una **caja fuerte**, así como un **Auxiliar**.
- 2) El pago deberá efectuarse en el Centro de Trabajo, domicilio del Centro de Trabajo.

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR

Zona de Pago: _____



Nombre y Firma del
Pagador Habilitado Propuesto

Sello Oficial del Centro