



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



2020
AÑO DE
LEONA VICARIO
BENEMÉRITA MADRE DE LA PATRIA

FONAC

SOLICITUD DE LIQUIDACIÓN ANTICIPADA

México, D.F. a ____ de _____ del 202_

LIC. MARTHA EUGENIA ESQUIVEL CRUZ
DIRECTORA DE PERSONAL
P R E S E N T E

Por este conducto, solicito a usted girar sus apreciables instrucciones a quien corresponda, a fin de que se trámite el pago de mi liquidación como miembro del FONAC, correspondiente al Ciclo _____

Motivo de Desincorporación: _____

REG. FED. CONT.: _____

C.U.R.P.: _____

Clave Presupuestal: _____

Unidad de Adscripción: _____

Periodo Aportado: del _____ al _____

Anexo copia del primer comprobante de pago en donde se refleja la aportación y del comprobante de la última aportación del del concepto 21 del FONAC.

A T E N T A M E N T E

NOMBRE Y FIRMA

INSTRUCTIVO

En el formato de solicitud se deberá anotar con letra y número legible, sin tachaduras o enmendaduras los siguientes datos:

- 1.- Fecha en la que se elabora la solicitud, no debe ser mayor a quince días a la entrega a la Dirección de Personal.
- 2.- Número del Ciclo que se solicite.
- 3.- Motivo de la desincorporación.
- 4.- RFC con Homoclave a 13 posiciones, de acuerdo a su comprobante de pago.
- 5.- CURP, de acuerdo a su comprobante de pago.
- 6.- Clave Presupuestal, conforme al comprobante de pago.
- 7.- Unidad de Adscripción de la Entidad donde presta sus servicios el trabajador.
- 8.- Indicar el periodo aportado al FONAC.
- 9.- Firma del trabajador o beneficiario(s) deberá ser firma autógrafa conforme a la identificación oficial.