



Ciudad de México a _____ de _____ de _____

FORMATO PARA COMPROBACIÓN DE GASTOS DE PRESTACIONES

El(la) que suscribe: _____

Adscrito a la Dirección de: _____

Número de Empleado: _____ Extensión: _____

Prestación Anteojos y/o Lentes de contacto Factura(s): _____

Prestación Aparatos ortopédicos, Auditivos y-o silla de ruedas Factura(s): _____

Hago constar que el comprobante fiscal (Factura) que estoy presentando fue otorgado y obtenido de las personas física o jurídicamente colectivas que lo expidieron para su comprobación, mismo que firmo en su contenido para los efectos legales y administrativos procedentes

FIRMA DEL SOLICITANTE

