

# CARTA PODER

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

Secretaría de Finanzas de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí:  
Presente.

Por medio del presente manifiesto que otorgo a

## NOMBRE COMPLETO

poder amplio, cumplido y bastante para que a mi nombre y representación y previa identificación, cobre el sueldo quincenal y/o prestaciones que me corresponden por los servicios devengados en la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, en virtud de encontrarme imposibilitado según lo previsto por el Artículo 100 de la Ley Federal del Trabajo y demás señalados en las contrataciones colectivas respectivas y el Reglamento de Permisos, Licencias y Comisiones para el personal de la UASLP:

- a) INCAPACIDAD  ; b) PERMISO  ; c) LICENCIA  ; d) COMISION   
e) PENSIONADO  ; f) CONTINGENCIA COVID-19  ;

circunstancia que se justifica con la siguiente documentación anexa:

- a) Copia fotostática de la incapacidad médica expedida por:
- ISSSTE
  - Médico de convenio.
  - Tratándose de imposibilidad física del personal jubilado, el Depto. de Recursos Humanos en conjunto con la Trabajadora Social extenderá la certificación correspondiente o certificación expedida por médico tratante.
- b) Copia del permiso otorgado al trabajador, expedida por el titular de la dependencia de adscripción.
- c) Copia de la licencia expedida al trabajador por el Secretario General de la Universidad.
- d) Copia de la comisión expedida al trabajador por la Rectoría de la Universidad.
- e) y f) Certificación médica, escrito libre, último talón de pago, otras.

Atentamente: El otorgante

Acepto el poder:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre y firma  
RPE

Nombre y firma

Testigo: Nombre y firma

Testigo: Nombre y firma

**\* El presente documento tendrá una vigencia por el siguiente período:  
1<sup>a</sup> 15<sup>a</sup> Marzo a la 2<sup>a</sup> 15<sup>a</sup> Julio 2020**

*\*Apartado para ser llenado exclusivamente por las oficinas de Recursos Humanos*

**Secretaría de Finanzas**

**Vo.Bo.  
Jefe del Depto. de Recursos Humanos**

\_\_\_\_\_  
**M.A. Isaías Ricardo Martínez Guerra**

\_\_\_\_\_  
**M.R.I. José Alfredo Alonso Medellín.**

LLENAR ESTE FORMATO A MAQUINA O CON LETRA DE MOLDE, SIN TACHADURAS Y/O ENMENDADURAS.