

CARTA PODER

_____ de _____ de 20__

División 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) JUBILACION O PENSION (SOLO POR ENFERMEDAD Y/O INCAPACIDAD FÍSICA) f) PERSONAN CONSIDERADO DE ALTO RIESGO POR CONTINGENCIA COVID - 19

Circunstancia que se justifica con la siguiente documentación:

- a) Copia fotostática de la incapacidad médica expedida por:
- ISSSTE
 - Centro Médico del Potosí.
- 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) Copia fotostática de certificado médico actual expedido por cualquier institución médica.

NOTA: EL FORMATO SE ENTREGARÁ EN ORIGINAL POR TRIPLICADO, CON IFES O INES DE LOS FIRMANTES Y ANEXANDO COPIA DEL DOCUMENTO SEGÚN SEA LA CIRCUNSTANCIA POR LA CUAL SE TRAMITA

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:
(DEJAR ESTE ESPACIO EN BLANCO)

DE LA 1ª QNA AGOSTO A LA 2ª QNA DE OCTUBRE DE 2020

Secretario de la División de Finanzas

**Vo.Bo.
Jefe de la División de Desarrollo Humano**

M.A. ISAIAS RICARDO MARTINEZ GUERRA

M.D. ROBERTO LLAMAS LAMAS

CARTA PODER

_____ de _____ de 20__

División 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) JUBILACION O PENSION (SOLO POR ENFERMEDAD Y/O INCAPACIDAD FÍSICA) f) PERSONAN CONSIDERADO DE ALTO RIESGO POR CONTINGENCIA COVID - 19

Circunstancia que se justifica con la siguiente documentación:

- f) Copia fotostática de la incapacidad médica expedida por:
- ISSSTE
 - Centro Médico del Potosí.
- g) Copia del permiso otorgado al trabajador, expedida por el titular de la dependencia de adscripción.
- h) Copia de la licencia expedida al trabajador por el Secretario General de la Universidad.
- i) Copia de la comisión expedida al trabajador por la Rectoría de la Universidad.
- j) Copia fotostática de certificado médico actual expedido por cualquier institución médica.

NOTA: EL FORMATO SE ENTREGARÁ EN ORIGINAL POR TRIPLICADO, CON IFES O INES DE LOS FIRMANTES Y ANEXANDO COPIA DEL DOCUMENTO SEGÚN SEA LA CIRCUNSTANCIA POR LA CUAL SE TRAMITA

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:
(DEJAR ESTE ESPACIO EN BLANCO)

DE LA 1ª QNA NOV DE 2020 A LA 2ª QNA DE ENE DE 2021

Secretario de la División de Finanzas

**Vo.Bo.
Jefe de la División de Desarrollo Humano**

M.A. ISAIAS RICARDO MARTINEZ GUERRA

M.D. ROBERTO LLAMAS LAMAS