



## RECIBO DE VALIDACIÓN DEL APOYO ECONÓMICO PARA CANASTILLA POR MATERNIDAD

Ciudad de México, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_ (1)

Por medio del presente solicito a la Oficialía Mayor, la cantidad de: \$ 500.00 (Quinientos pesos 00/100 M.N.), como lo señala el artículo 122 fracción XI de las Condiciones Generales de Trabajo, como apoyo económico para la canastilla por maternidad, por el nacimiento de mi hijo(a) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_ ocurrido el día \_\_\_\_\_ (3) \_\_\_\_\_, según consta en el acta de nacimiento número \_\_\_\_\_ (4) \_\_\_\_\_ registrada el día \_\_\_\_\_ (5) \_\_\_\_\_ en las oficinas del Registro Civil, identificándome con credencial del Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México número \_\_\_\_\_ (6) \_\_\_\_\_, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes.

Se hace constar que después de revisar la documentación y los antecedentes laborales correspondientes, resulta procedente el depósito a la cuenta de la trabajadora \_\_\_\_\_ (7) \_\_\_\_\_, por el apoyo económico para canastilla por maternidad, quien al momento de su solicitud se encuentra en servicio activo en el puesto de \_\_\_\_\_ (8) \_\_\_\_\_, nivel \_\_\_\_\_ (9) \_\_\_\_\_ y R.F.C. \_\_\_\_\_ (10) \_\_\_\_\_.

La beneficiaria

----- (11) -----

Nombre y firma

Revisó

Vo.Bo.

\_\_\_\_\_(12)\_\_\_\_\_  
Subdirector de Prestaciones

\_\_\_\_\_(13)\_\_\_\_\_  
Director de Relaciones  
Laborales y Prestaciones



### DESCRIPCIÓN DEL LLENADO

No. CONCEPTO	SE DEBE ANOTAR
(1). Fecha:	El día, el mes y año en que se suscribe el documento
(2). Nombre:	El nombre del menor
(3). Fecha del nacimiento:	La fecha de nacimiento del menor
(4). Número:	El número de acta de nacimiento expedida por el Registro Civil.
(5). Fecha de registro:	La fecha de registro del menor.
(6). Número de credencial:	Número de credencial de la trabajadora
(7). Nombre de la trabajadora:	El nombre de la trabajadora
(8). Puesto de la trabajadora:	El nombre del puesto de la trabajadora
(9). Nivel:	Nivel de la trabajadora
(10). R.F.C.:	El Registro Federal de Contribuyentes de la trabajadora
(11). Beneficiaria:	Nombre y firma de la trabajadora
(12). Revisó:	Nombre y firma del titular de la Subdirección de Prestaciones
(13). Vo. Bo.:	Nombre y firma del titular de la Dirección de Relaciones Laborales y Prestaciones