



DIRECTOR EJECUTIVO DE RECURSOS HUMANOS
P R E S E N T E

CIUDAD DE MÉXICO A _____ DE _____ DEL 20 (1)

Por _____ la _____ presente, _____ declaro _____ que _____ el _____ (la)
C. _____ (2) _____ que venía laborando en esta
Dependencia con el puesto de _____ (3) _____, () ()
(4) ocupaba otra (s) _____ Si NO
Plaza(s) en el Gobierno Federal y local, por lo que me comprometo
irrestrictamente a que una vez que se me haya entregado el pago
correspondiente a las "Pagas de Defunción" que tramito ante esta
Institución, no volveré a solicitar esta prestación en ninguna otra
Dependencia del Gobierno Federal o Local.

EL (LA) BENEFICIARIO (A)

(5)

(NOMBRE Y FIRMA)



DESCRIPCIÓN DEL LLENADO

No. DE CONCEPTO

SE DEBE ANOTAR

- | | |
|-----|--|
| (1) | Fecha en que se suscribe la documento |
| (2) | Nombre del servidor público fallecido |
| (3) | Puesto que ocupaba el servidor público fallecido |
| (4) | Indicar si ocupaba otra plaza en el Gobierno Federal o Local |
| (5) | Nombre y firma del beneficiario |