



DELEGACIÓN: _____

COMISIÓN NACIONAL
MIXTA DE PASAJES

**SOLICITUD PARA EL
TRÁMITE DE LA
COMPENSACIÓN PARA EL
PAGO DE PASAJES**

CONCEPTO 027
CLÁUSULA 103 DEL C.C.T.



DATOS DEL TRABAJADOR

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s):

Matrícula:

Categoría:

Sueldo Qnal.: \$

Adscripción: DEPARTAMENTO DE PERSONAL

Horario Discontinuo:

Si

No

Domicilio del Trabajador

Domicilio de Adscripción

Calle

Colonia

Código postal

Municipio

Estado

Teléfono

Apercibido de las sanciones a que me hago acreedor al no proporcionar datos fidedignos, quedo enterado que en caso de cambio de domicilio o de adscripción daré aviso a la Comisión Nacional o Subcomisión Mixta de Pasajes, en un plazo no mayor de 15 días.

TRABAJADOR

Firma

Dictamen de la Comisión Nacional/Subcomisión Mixta de Pasajes

Importe
Qnal. a
Pagar

\$ _____ (_____)
con número _____ con letra _____

A partir del _____ de _____ del _____.

Observaciones

REPRESENTANTE DEL IMSS

REPRESENTANTE DEL SNISS

Firma

Firma

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COORDINACION DE PERSONAL/DEPTO. DELEG. DE PERSONAL

Reporte de Inclusión

Reporte Pago Retroactivo

Matrícula

Matrícula

Concepto +

027

Concepto +

027

Unidades +

Unidades +

Importe +

Importe +

Quincena Inicial

Quincena Inicial

Quincena Final

Quincena Final

No. De Control

No. de Control

Cifra de Control =

Cifra de Control =

Inclusión del Concepto

Exclusión del Concepto

Qna. de Inclusión

RESPONSABLE DEL REPORTE

JEFE DE LA OFICINA

Nombre y Firma

Nombre y Firma