



# UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

Solicitud de Pago por Servicios Extraordinarios  
Tipo de Servicio: Guardias.

Fecha Inicio:

Fecha Término:

Nombre del Empleado:

Número de Empleado:

Categoría:

Adscripción:

) :

Horario:

..... ) ..... :

.....

..... Titular de la Dependencia: