



# UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

Solicitud de Pago por Servicios Extraordinarios

Tipo de servicio: Actividades Extraordinarias Temporales

Fecha Inicio:

Fecha Término:

Nombre del Empleado:

Número de Empleado:

Categoría:

Adscripción:

Monto de la Percepción:

"Actividades extraordinarias a Desarrollar fuera de su jornada laboral":

---

Titular de la Dependencia: