

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN INICIAL

Anexo 7. Solicitud de reembolso de gastos médicos o por funeral

En la Ciudad de _____ a ____ de _____ del 20____.

C. DELEGADO DEL CONAFE
EN EL ESTADO DE _____

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

_____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre(s)

Sede: _____ Programa: _____

Promotor educativo () Supervisor de módulo () Coordinador académico estatal de educación inicial ()
Coordinador de zona () Coordinador académico regional de educación inicial ()

Diagnóstico médico: _____

Para lo cual presento la siguiente documentación:

Recibo de honorarios médicos. Número _____ Por un importe de: \$ _____

Facturas o notas de adquisición de medicamentos, estudios clínicos entre otros:

Factura () Nota () No. _____ Por un importe de: \$ _____

Factura () Nota () No. _____ Por un importe de: \$ _____

Suma total de recibo de honorarios, facturas y notas: \$ _____

Receta(s) expedidas por el médico tratante _____.

Informe médico o historia clínica en caso de hospitalización _____.

Convenio de concertación ()

Firma del solicitante Nombre y firma del servidor público que recibe la documentación.

Fecha: _____

Recibí documentación
Jefe de Información y Apoyo Logístico.