

ACUSE

Instituto de Transparencia, Acceso a la Información Pública, Protección de Datos Personales y Rendición de cuentas en la Ciudad de México



DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
México, Distrito Federal, a 06 de junio de 2018

Atenta Nota

Para: Mtra. Sandra Mota García
Jefe del Departamento de Recursos Financieros y Contabilidad,

De: Mtra. Rebeca Wesche Henríquez
Subdirectora de Recursos Humanos

Asunto: Pago Seguro Gastos Médicos Mayores Plan Seguro, S.A. de C.V.
Compañía de Seguros

Por este conducto, solicito de la manera más atenta se realice el pago por el concepto del Seguro de Gastos Médicos Mayores, abarcando el periodo del 01 de julio de 2018 hasta el 30 de septiembre de 2018.

CONCEPTO	PERÍODO	IMPORTE
Comprobante de pago	01/07/2018 hasta 30/09/18	\$ 1,200,415.90

Se anexa factura original, en el concepto del pago de la transferencia favor de poner "Pago Póliza No. [REDACTED]"

Pagar en: [REDACTED]
Clabe: [REDACTED]
Cuenta: [REDACTED]
Número Cliente: [REDACTED]
Sucursal: [REDACTED]

De antemano agradezco la atención al presente

Atentamente;



MTRA. REBECA WESCHE HENRIQUEZ
SUBDIRECTORA DE RECURSOS HUMANOS