



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 1 de octubre de 2018

Atenta Nota

Para: Mtra. Sandra Mota García

Jefe del Departamento de Recursos Financieros y Contabilidad.

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 octubre de 2018 hasta el 31 de diciembre de 2018.

CONCEPTO	PERÍODO	IMPORTE
Comprobante de pago	01/10/2018 hasta 31/12/18	\$ 1,200,415.90

Se anexa factura original, en el concepto del pago de la transferencia favor de poner "Pago Póliza No. DF000004".

Pagar en: HSBC  
Clabe: 021180040192103509  
Cuenta: 4019210350  
Número Cliente: 12915347  
Sucursal: 00686

De antemano agradezco la atención al presente

Atentamente:

Mtra. Rebeca Wesche Henríquez  
Subdirectora de Recursos Humanos

