



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CARTA PODER

Cd. Mx., a de de

Lic. Alejandro Macías Ortega
Director General de Finanzas UNAM
Presente:

POR LA PRESENTE OTORGO A
PODER AMPLIO, CUMPLIDO Y BASTANTE, PARA QUE A MI NOMBRE Y REPRESENTACIÓN, COBRE EL (LOS)
CHEQUE(S) CORRESPONDIENTE(S) A LA(S) QUINCENA(S)

Y ASÍ MISMO PARA QUE REALICE CUALQUIER GESTIÓN ANTE LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS O
ACADÉMICAS UNIVERSITARIAS COMPETENTES, EN CASO DE TENER QUE LLEVAR A CABO TRÁMITES
PARA LA OBTENCIÓN DE DICHS PAGOS O SERVICIOS.

ACEPTO EL PODER

Nombre

R.F.C

Dirección

TESTIGOS

Nombre

R.F.C

Dirección

OTORGANTE

Nombre

R.F.C

Dirección

TESTIGOS

Nombre

R.F.C

Dirección

DEPENDENCIA

DIRECCIÓN GENERAL DE FINANZAS

Vo. Bo.

Nombre



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CARTA PODER

Cd. Mx., a de de

Lic. Alejandro Macías Ortega
Director General de Finanzas UNAM
Presente:

POR LA PRESENTE OTORGO A
PODER AMPLIO, CUMPLIDO Y BASTANTE, PARA QUE A MI NOMBRE Y REPRESENTACIÓN, COBRE EL (LOS)
CHEQUE(S) CORRESPONDIENTE(S) A LA(S) QUINCENA(S)

Y ASÍ MISMO PARA QUE REALICE CUALQUIER GESTIÓN ANTE LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS O
ACADÉMICAS UNIVERSITARIAS COMPETENTES, EN CASO DE TENER QUE LLEVAR A CABO TRÁMITES
PARA LA OBTENCIÓN DE DICHS PAGOS O SERVICIOS.

ACEPTO EL PODER

OTORGANTE

Nombre

Nombre

R.F.C.

R.F.C.

Dirección

Dirección

TESTIGOS

TESTIGOS

Nombre

Nombre

R.F.C.

R.F.C.

Dirección

Dirección

DEPENDENCIA

Vo. Bo.

DEPENDENCIA

Nombre



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CARTA PODER

Cd. Mx., a de de

Lic. Alejandro Macías Ortega
Director General de Finanzas UNAM
Presente:

POR LA PRESENTE OTORGO A
PODER AMPLIO, CUMPLIDO Y BASTANTE, PARA QUE A MI NOMBRE Y REPRESENTACIÓN, COBRE EL (LOS)
CHEQUE(S) CORRESPONDIENTE(S) A LA(S) QUINCENA(S)

Y ASÍ MISMO PARA QUE REALICE CUALQUIER GESTIÓN ANTE LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS O
ACADÉMICAS UNIVERSITARIAS COMPETENTES, EN CASO DE TENER QUE LLEVAR A CABO TRÁMITES
PARA LA OBTENCIÓN DE DICHS PAGOS O SERVICIOS.

ACEPTO EL PODER

Nombre

R.F.C

Dirección

TESTIGOS

Nombre

R.F.C

Dirección

OTORGANTE

Nombre

R.F.C

Dirección

TESTIGOS

Nombre

R.F.C

Dirección

DEPENDENCIA

INTERESADO

Vo. Bo.

Nombre