



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CARTA PODER

Ciudad de México, a _____ de _____ de _____

SR.

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

Vo.Bo.

INTERESADO

Nombre

D.G.P. 12-86-0



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CARTA PODER

Ciudad de México, a _____ de _____ de _____

SR.

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 DICHOS 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

Vo.Bo.

DEPENDENCIA

Nombre

D.G.P. 12-86-0



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CARTA PODER

Ciudad de México, a _____ de _____ de _____

SR.

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

Vo.Bo.