



INSTITUTO NACIONAL DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN

Serie Documental: 4C.22

Ciudad de México, a 00 de ----- de 2018  
**(Número de oficio)**

ASUNTO: Reembolso de pago por  
Eventos de capacitación "-----".

**L.C. Ricardo García Lacheño**  
**Subdirector de Recursos Humanos**  
**INSTITUTO**

**At'n Mtro. Carlos Augusto Sánchez Morales**  
**Jefe del Departamento de Reclutamiento, Selección**  
**Y Capacitación de Personal**

Me dirijo a usted para solicitar que se realicen los tramites o procesos en las unidades administrativas correspondientes, a fin de obtener la autorización de reembolso, en virtud del evento de capacitación al que asistió **(nombre y número de empleado)** denominado **(nombre del curso)**, el cual se **(llevó)** al cabo en **(lugar y fecha)**.

Al respecto comento que el beneficio para mí y el Instituto es **(justificación)**.

Anexo a este instrumento se encuentran los documentos correspondientes al evento de capacitación referido a **(numero) fojas útiles por uno solo de sus lados.**

Conviene decir, que el monto del que se requiere reembolso es \$..... (        00/100 M.N.).

Finalmente destaco que me comprometo en este acto a cumplir con las políticas que corresponden a este proceso, además de generar el oficio de reembolso a través del portal de proveedores, en tiempo y forma para hacer efectivo el pago.

Sin otro particular,

**A t e n t a m e n t e**

Avenida Vasco de  
Quiroga No. 15  
Colonia Belisario  
Domínguez Sección XVI  
Delegación Tlalpan  
Código Postal 14080  
Ciudad de México  
Tel. (52-55)54870900  
www.incmnsz.mx

**Nombre y Firma del**  
**Titular de la Unidad Administrativa**