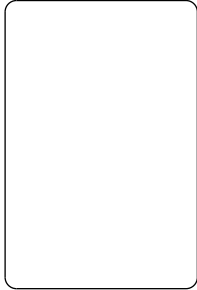




**INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN
DIRECCIÓN DE CAPITAL HUMANO
DIVISIÓN DE REMUNERACIONES
DEPARTAMENTO DE CONTROL DE NÓMINA**

"Tarjeta de Control Actualizada Pensión Alimenticia"



Firma

Nombre: _____

R.F.C.: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Fecha de comienzo del cobro: Día: _____ Mes: _____ Año: _____

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre: _____ R.F.C.: _____

Clave Presupuestal: _____