

Solicitud Ayuda por Nacimiento

Fecha: _____

Nombre: _____

No. Empleado: _____

Extensión: _____

Ubicación: _____

Nombre del Hijo (a): _____

Fecha de nacimiento hijo(a): _____

Sexo: _____

Requisitos

1. La ayuda por nacimiento corresponde a 15 días de sueldo nominal, con tope de ocho salarios mínimos de la Empresa.
2. El empleado(a) deberá acreditar con el acta de nacimiento correspondiente, dentro de los 3 meses posteriores al nacimiento del hijo(a) su derecho a este beneficio, mismo que será pagado por nómina.

Solo para empleadas con crédito de INFONAVIT, con pago de amortización por porcentaje (concepto 802 o 804): Fui informada que mientras me encuentro incapacitada por maternidad, el pago de la ayuda por nacimiento me puede generar un incremento en el pago de mi amortización del crédito de INFONAVIT y estoy de acuerdo en que se me pague mi ayuda por nacimiento conociendo las repercusiones que puede generar esta compensación en el cálculo en mi salario diario integrado para efectos del IMSS.

Firma del empleado

Aprobación de Recursos Humanos