



Nombre: _____

Región: _____

Filiación: _____

Clave(s): _____

C. T. _____

Correo electrónico: _____

Teléfono: _____

Bajo protesta de decir verdad, libremente manifiesto:

Primero.- No ostentar cargo, función o comisión que me impida funja como pagador habilitado.

Segundo.- Acepto realizar funciones relativas al pago de remuneración de salarios, de comprobación y entrega de documentos expedidos en favor de los beneficiarios que represento, cualesquiera que sea la forma de pago según lo establecido por el Manual de Operación del Pagador Habilitado.

Tercero.- Conozco y acepto los derechos y obligaciones propias del desempeño de la función a mi cargo, como Pagador Habilitado.

Cuarto.- Poseo la solvencia moral para actuar con la responsabilidad, probidad, honradez, respeto, imparcialidad, el cuidado y esmero requeridos.

Nombre y firma de Conformidad

Morelia, Michoacán, a _____ de _____ de 20____