

**OFICIALÍA MAYOR**  
**Dirección General de Recursos Humanos**

Oficio Circular No. 116.- **769**

México, D. F., a 15 de abril del 2003.

ASUNTO: Pagas por Defunción de un  
Trabajador.

**CC: DIRECTORES GENERALES DE OFICINAS  
CENTRALES Y CENTROS SCT; COORDINADORES  
DE ADMINISTRACIÓN DE LAS OFICINAS DE LOS  
CC: SECRETARIO DEL RAMO, SUBSECRETARIOS,  
OFICIAL MAYOR, COORDINADORES GENERALES,  
JEFES DE UNIDAD Y DEL ÓRGANO INTERNO DE  
CONTROL.  
PRESENTES.**

De conformidad con lo establecido en el Artículo 36, de la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal; la Norma USC-PS02-98, emitida por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, que regula las Pagas de Defunción de un Trabajador; el artículo 31 fracciones II y IV, del Reglamento Interior de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes; 69 fracción XI, de las Condiciones Generales de Trabajo vigentes en esta Secretaría, y el convenio con la Representación Sindical de fecha 05 de octubre de 1998, se establecen los siguientes

**LINEAMIENTOS**

- 1.- Cubrir los gastos generados por el fallecimiento del trabajador, a sus familiares o a quien se haya hecho cargo de los mismos y que tuviere por lo menos, una antigüedad de 6 meses de servicio.
- 2.- Esta ayuda se otorgará al personal de base, confianza con antecedente de base y de confianza.

**Trabajadores de Base y Confianza con Antecedente de Base**

- 3.- En este caso, se pagará al familiar o a quien se haya hecho cargo de los gastos del sepelio, inhumación o cremación, el importe de cuatro meses de sueldo mensual integrado (sueldo mensual más compensación, si la hubiere), que percibía el trabajador al momento del deceso, mediante la presentación de las facturas o recibos correspondientes a nombre de un sólo solicitante, no importando el monto de los comprobantes de gastos presentados.
- 4.- Asimismo, se otorgará a un sólo familiar del (a) trabajador (a) fallecido (a) (a quien mejor derecho acredite), cuyo código haya sido de base, o de confianza con antecedente de base hasta el nivel 27C inclusive, dos meses adicionales del último sueldo tabular (partida de gasto 1103), siempre y cuando acredite legalmente su parentesco.



### Trabajadores de Confianza

- 5.- Se reembolsará al familiar del (a) trabajador (a) o quien se haya hecho cargo de los gastos del sepelio, inhumación o cremación, el importe de hasta cuatro meses de sueldo mensual integrado (sueldo mensual más compensación, si la hubiere), que percibía el (la) trabajador (a) al momento del deceso, mediante la presentación de las facturas o recibos correspondientes, debiéndose cubrir de la manera siguiente:

MONTO	SE PAGARÁ
Si es mayor a 4 meses de sueldo	4 meses de sueldo
Si es menor a 4 meses de sueldo	Únicamente el importe de los comprobantes de gasto

### Trámite para el Pago

- 6.- El familiar o quien se haya hecho cargo de los gastos, para solicitar el pago correspondiente deberá presentar los siguientes documentos:
- Gestionar ante la Coordinación de Administración o equivalente, de la unidad administrativa de adscripción del trabajador fallecido, el pago del importe correspondiente, requisitando la solicitud respectiva (se anexan, para los trabajadores de confianza la forma SPBFTC y para los de base la SPBFTB).
  - Credencial administrativa del (a) extinto (a) trabajador (a); copia fotostática.
  - Acta de Defunción del (a) servidor (a) público (a) fallecido (a); copia certificada.
  - Documento comprobatorio (factura y/o recibo con requisitos fiscales) de los gastos efectuados por concepto del sepelio, inhumación o cremación, a nombre del solicitante; original.
  - Identificación oficial del solicitante con fotografía y firma (Credencial de Elector, Pasaporte o Cartilla del Servicio Militar Nacional); copia fotostática.
  - Último Comprobante de Percepciones y Descuentos del (a) servidor (a) público (a) fallecido; copia fotostática.

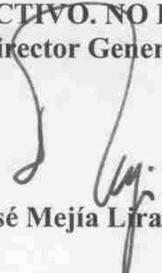


- Documento legal que acredite el parentesco con el (la) occiso (a) (Acta de Matrimonio, Acta de Nacimiento o Documento oficial); copia certificada.
  - Constancia de Nombramiento que acredite la base, en el caso de que el trabajador ostente una plaza con código de confianza al momento del deceso, para fundamentar el antecedente; copia.
- 7.- Las unidades administrativas centrales enviarán a la Dirección de Asuntos Laborales, la documentación correspondiente para su validación, y trámite de pago ante la Dirección de Remuneraciones de esta Dirección General.
- 8.- Los Centros SCT, serán los responsables de cubrir el pago de esta ayuda, por contar con los recursos económicos y validar la documentación referida.
- 9.- El beneficiario, deberá acusar recibo, en el Finiquito del pago por ayuda de defunción, que la unidad administrativa central o centro SCT, le proporcione, para el trámite de liquidación, el cual quedará integrado en el expediente del trabajador fallecido, en el área que efectúe el pago.

No omito manifestarles que la documentación soporte que elaboren, será responsabilidad exclusiva de los Centros SCT, y su obligación, tenerla disponible para las revisiones que efectúen los órganos de control y fiscalización facultados para ello, así como las que requiera esta Dirección General.

Sin más por el momento, quedo de ustedes.

**SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN**  
**El Director General**



**José Mejía Lira**

c.c.p. Lic. Ma. de la Luz Ruiz Mariscal.- Oficial Mayor del Ramo.- Para su superior conocimiento.- Presente.

...a la vuelta

HISTÓRICA

Ing. Mónica María del Rosario Barrera Rivera.- Coordinadora General de Planeación y Centros SCT.- Para su conocimiento.- Presente.

Órgano Interno de Control en la SCT.- Para su conocimiento.- Presente.

Lic. Tomás I. Azuara Pliego.- Director General Adjunto de la Dirección General de Recursos Humanos.- Para su conocimiento.- Presente.

C.P. Fco. Javier Huerta Velásquez.- Director de Remuneraciones.- Para su conocimiento y efectos.- Presente.

Lic. Guillermo Estrada López.- Director de Asuntos Laborales.- Para su conocimiento y efectos.- Presente.

  
JML/TIAP/FJHV/GEL/ia.



**DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS**  
**DIRECCIÓN DE ASUNTOS LABORALES**

FORMATO SPBFTB

México, D. F., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 1 del 20 \_\_\_\_.

**SOLICITUD DE PAGO A BENEFICIARIOS POR EL FALLECIMIENTO DE UN TRABAJADOR DE BASE Y/O DE CONFIANZA**  
**CON ANTECEDENTE DE BASE**  
**BASE LEGAL**

De conformidad a lo dispuesto por el artículo 69 fracción XI de las Condiciones Generales de Trabajo vigentes en esta Secretaría y el Convenio celebrado con la representación sindical del 05 de octubre de 1998, solicito el importe de 4 meses de sueldo integrado y 2 meses de sueldo tabular adicionales, respectivamente.

DATOS DEL (A) TRABAJADOR (A) FALLECIDO (A)		CERTIFICACIÓN
Nombre: _____ 2		<p>SELLO DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN</p> <p>10</p> <p>_____ NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE</p>
Filiación: _____ 3 CURP: _____ 4		
Fecha de ingreso: _____ 5		
Unidad administrativa de adscripción: _____ 6		
Código y denominación del puesto: _____ 7		
Tipo de nombramiento: Lista de Raya ( ) Eventual ( ) Base ( ) 8		
Confianza con antecedente de base ( )		
Fecha de fallecimiento: _____ 9		

DATOS DEL SOLICITANTE			
Nombre: _____ 11	CURP: _____ 12	R.F.C.: _____ 13	
Domicilio particular: _____ 14			
Tel. part. _____ 15	Tel. ofna. _____ 16	Identificación oficial _____ 17	Parentesco _____ 18

DOCUMENTACIÓN QUE SE DEBE PRESENTAR PARA SER SUJETO DE PAGO	Nº DOCTO.
1.- Copia certificada del Acta de Defunción.	19
2.- Copia fotostática de la Credencial Administrativa del (la) extinto (a) trabajador (a)	20
3.- Copia fotostática del último Comprobante de Percepciones y Descuentos del (la) extinto (a) trabajador (a).	21
4.- Copia fotostática de una identificación oficial del solicitante, con fotografía y firma.	22
5.- Documento de familiaridad que lo acredite como beneficiario.	23
6.- En caso que el fallecido sea de confianza con antecedente de base, copia de la Constancia de Nombramiento	24

Nº DE FACTURA O COMPROBANTES	FECHA	RAZÓN SOCIAL	CONCEPTO DEL GASTO	IMPORTE
25	26	27	28	29
TOTAL				30

El suscrito, como único y total beneficiario (a) del servidor público fallecido (a), manifiesto bajo protesta de decir verdad, que los documentos aquí descritos son los originales y únicos que por motivo de gastos por defunción, operan como comprobantes para el pago de esta prestación.

\_\_\_\_\_  
31  
NOMBRE Y FIRMA

REVISÓ

VALIDÓ

AUTORIZÓ

\_\_\_\_\_  
32

\_\_\_\_\_  
33

\_\_\_\_\_  
34

**CÁLCULO DE PAGO PARA FAMILIARES DEL TRABAJADOR, DE BASE, DE CONFIANZA CON ANTECEDENTES DE BASE, EVENTUAL Y LISTA DE RAYA, O QUIEN SE HAYA HECHO CARGO DE LOS GASTOS FUNERARIOS**

SUELDO TABULAR (1103)	\$	35	
COMPENSACION GARANTIZADA (EN SU CASO)	\$	36	
SUELDO MENSUAL INTEGRADO	\$	37	
4 MESES DE SUELDO INTEGRADO	\$		38
2 MESES DE SUELDO TABULAR (1103) (Únicamente familiar que compruebe parentesco)	\$		39
<b>TOTAL A PAGAR</b>	\$		<b>40</b>

**FINIQUITO DEL PAGO POR AYUDA DE DEFUNCIÓN**

El suscrito (a) \_\_\_\_\_<sup>41</sup> manifiesto que con esta fecha, recibo a mi entera satisfacción el \_\_\_\_\_<sup>42</sup> número \_\_\_\_\_<sup>43</sup> de fecha \_\_\_\_\_<sup>44</sup> por el importe de \$ \_\_\_\_\_<sup>45</sup> ( \_\_\_\_\_<sup>46</sup> ) expedido por \_\_\_\_\_<sup>47</sup>, mismo que cubre el pago total de los gastos por defunción del trabajador (a) finado (a) \_\_\_\_\_<sup>48</sup> liberando a la Secretaría de Comunicaciones y Transportes de cualquier otra reclamación por este concepto, por lo que con el presente extendo el más amplio finiquito que en derecho proceda.

**DATOS DEL SOLICITANTE**

\_\_\_\_\_<sup>49</sup>  
**NOMBRE**

\_\_\_\_\_<sup>50</sup>  
**FIRMA**

\_\_\_\_\_<sup>51</sup>  
**RFC / CURP**

GUÍA DE LLENADO  
SPBFTB

Forma: Solicitud de Pago a Beneficiarios por Fallecimiento de un Trabajador de Base y/o de Confianza con Antecedente de Base

Guía de Llenado

Campo	Datos que deberán anotarse
1	Día, mes y año en que se requisita la solicitud.
2	Apellido paterno, materno, nombre (s) del (a) trabajador (a) fallecido (a).
3	Clave alfanumérica asignada al trabajador fallecido(a) por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP).
4	Clave Única de Registro de Población del (a) trabajador(a) fallecido(a), asignada por la Secretaría de Gobernación.
5	Día, mes y año en que ingresó a laborar en la SCT.
6	Nombre de la unidad administrativa de adscripción del (a) trabajador (a).
7	Código y denominación del puesto del (a) trabajador (a).
8	Marcar con una X el Tipo de Nombramiento del (la) trabajador (a).
9	Día, mes y año en que falleció el trabajador.
10	Nombre y firma del Jefe del Departamento de Recursos Humanos de la unidad administrativa de adscripción y el sello correspondiente.
11	Apellido paterno, materno, nombre (s) del solicitante del pago.
12	Clave Única de Registro de Población del solicitante.
13	Registro Federal de Causantes del solicitante y homoclave asignada por la SHCP.
14	Calle y Número, Colonia, Código Postal, Delegación Política, Ciudad o Municipio y Entidad Federativa donde habite el solicitante.
15	Número telefónico del domicilio particular del solicitante (incluyendo lada).
16	Número telefónico donde labora el solicitante (incluyendo lada).
17	Tipo de Identificación oficial que presenta el solicitante.
18	Parentesco del solicitante con el o la trabajador(a) fallecido (a).
19	Número del Acta de Defunción.
20	Número de Credencial Administrativa del (la) Trabajador (a).
21	Número del último Comprobante de Percepciones y Descuentos del (la) Trabajador (a).
22	Número de identificación oficial del solicitante.

**GUÍA DE LLENADO  
SPBFTB**

- 23 Número de documento que acredite familiaridad como beneficiario inmediato.
- 24 Número de documento en caso que el (la) fallecido (a) sea de confianza con antecedente de base, copia de la Constancia de Nombramiento.
- 25 Número(s) de la(s) factura(s) o comprobante(s).
- 26 Fecha de cada documento presentado.
- 27 Nombre de la empresa que extendió la factura o comprobante.
- 28 Motivo del gasto.
- 29 Cantidad que ampara la factura o comprobante.
- 30 Suma de los importes.
- 31 Nombre y firma del solicitante.
- 32 Nombre y firma del responsable de la revisión. Para las unidades administrativas centrales y Centros SCT será el Jefe del Departamento de Recursos Humanos.
- 33 Nombre y firma del responsable de la validación. Para las unidades administrativas centrales será el Director de Asuntos Laborales, y para los Centros SCT, el Subdirector de Administración o equivalente.
- 34 Nombre y firma del responsable de la autorización. Para las unidades administrativas centrales y Centros SCT será el Titular de la unidad administrativa de adscripción del trabajador fallecido.

**PARA SER REQUISITADO POR LA UNIDAD ADMINISTRATIVA DE  
ADSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR**

- 35 Sueldo Tabular (concepto 1103).
- 36 Compensación Garantizada (en su caso).
- 37 Sueldo Mensual Integrado
- 38 Monto máximo a pagar (4 meses de Sueldo Integrado).
- 39 Monto total correspondiente a 2 meses de Sueldo Tabular.
- 40 Suma de los campos números 35 al 39.
- 41 Apellido paterno, materno, nombres (s) del solicitante.
- 42 Cheque o Contrarecibo (según sea el caso).
- 43 Número de Cheque o Contrarecibo (según sea el caso).
- 44 Día, mes y año de expedición del Cheque o Contrarecibo.



**GUÍA DE LLENADO  
SPBFTB**

- 45 Importe (con número) del Cheque o Contrarecibo.
- 46 Importe (con letra) del Cheque o Contrarecibo.
- 47 Nombre de la Institución Bancaria que expide el Cheque o nombre del Centro SCT que expide el Contrarecibo (según sea el caso).
- 48 Apellido paterno, materno, nombre (s) del (la) trabajador (a), finado (a).
- 49 Apellido paterno, materno, nombre (s) del solicitante del pago.
- 50 Firma del solicitante.
- 51 Registro Federal de Causantes y Homoclave asignada por la SHCP o Clave Única de Registro de Población del solicitante.



**DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS  
DIRECCIÓN DE ASUNTOS LABORALES**

FORMATO SPBF7C

México, D. F., a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ 1 \_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_.

**SOLICITUD DE PAGO A BENEFICIARIOS POR EL FALLECIMIENTO DE UN TRABAJADOR DE CONFIANZA**  
**BASE LEGAL**

De conformidad a lo establecido en el Artículo 36 de la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal y la Norma de Pagas de Defunción (USC-PS02-98) emitida por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, con fecha 17 de marzo de 1998, relacionadas al fallecimiento de algún funcionario o empleado perteneciente a las entidades a que se refieren las fracciones I a V del artículo 2° de la citada Ley, y que éste tenga cuando menos una antigüedad en el servicio de seis meses; el familiar o quien haya vivido con él a la fecha del fallecimiento y se haya hecho cargo de los gastos funerarios (velación, inhumación, cremación) y en general, lo relacionado al sepelio del trabajador, percibirá hasta el importe de 4 meses de sueldo.

Por lo anterior, solicito el reembolso del importe de las facturas por los gastos efectuados.

DATOS DEL (LA) TRABAJADOR (A) FALLECIDO (A)		CERTIFICACIÓN
Nombre: <u>2</u>		SELLO DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN  _____ 9  _____ NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE
Filiación: <u>3</u>	CURP: <u>4</u>	
Fecha de ingreso: <u>5</u>		
Unidad administrativa de adscripción: <u>6</u>		
Código y denominación de la plaza puesto de confianza: <u>7</u>		
Fecha de fallecimiento: <u>8</u>		

DATOS DEL SOLICITANTE			
Nombre: <u>10</u>	CURP: <u>11</u>	R.F.C.: <u>12</u>	
Domicilio particular: <u>13</u>			
Tel. part. <u>14</u>	Tel. ofna. <u>15</u>	Identificación oficial <u>16</u>	Parentesco <u>17</u>

DOCUMENTACIÓN QUE SE DEBE PRESENTAR PARA SER SUJETO DE PAGO	Nº DOCTO.
1.- Copia certificada del Acta de Defunción.	18
2.- Copia fotostática de la Credencial Administrativa del (la) extinto (a) trabajador (a)	19
3.- Copia fotostática del último Comprobante de Percepciones y Descuentos del (la) extinto (a) trabajador (a).	20
4.- Copia fotostática de una identificación oficial del solicitante, con fotografía y firma.	21
5.- Documento de familiaridad que lo acredite como beneficiario.	22

Nº DE FACTURA O COMPROBANTE	FECHA	RAZÓN SOCIAL	CONCEPTO DEL GASTO	IMPORTE
<u>23</u>	<u>24</u>	<u>25</u>	<u>26</u>	<u>27</u>
			TOTAL	<u>28</u>

El suscrito, como único y total beneficiario (a) del servidor público fallecido (a), manifiesto bajo protesta de decir verdad que los documentos aquí descritos son los originales y únicos que por motivo de gastos por defunción, comprueban para el pago de esta prestación.

\_\_\_\_\_  
29

NOMBRE Y FIRMA

REVISÓ

\_\_\_\_\_  
30

VALIDÓ

\_\_\_\_\_  
31

AUTORIZÓ

\_\_\_\_\_  
32

**CÁLCULO DE HASTA 4 MESES DE PAGO PARA FAMILIARES O QUIEN SE HAYA HECHO CARGO DE LOS GASTOS FUNERARIOS**

SUELDO TABULAR (1103)	\$	33	_____
COMPENSACIÓN GARANTIZADA (EN SU CASO)	\$	34	_____
SUELDO MENSUAL INTEGRADO	\$	35	_____
MONTO MÁXIMO A PAGAR (4 MESES SUELDO INTEGRADO)	\$	36	_____
MONTO TOTAL DE FACTURAS	\$	37	_____
<b>TOTAL A PAGAR</b>	\$	38	_____

(Si el monto de facturas excede a 4 meses, sólo se paga hasta 4 meses, y si es menor, únicamente el importe de los comprobantes)

**FINIQUITO DEL PAGO POR AYUDA DE DEFUNCIÓN**

El suscrito (a) \_\_\_\_\_<sup>39</sup> manifiesto que con esta fecha, recibo a mi entera satisfacción el \_\_\_\_\_<sup>40</sup> número \_\_\_\_\_<sup>41</sup> de fecha \_\_\_\_\_<sup>42</sup> por el importe de \$ \_\_\_\_\_<sup>43</sup> ( \_\_\_\_\_<sup>44</sup> ) expedido por \_\_\_\_\_<sup>45</sup>, mismo que cubre el pago total de los gastos por defunción del trabajador (a) finado (a) \_\_\_\_\_<sup>46</sup> liberando a la Secretaría de Comunicaciones y Transportes de cualquier otra reclamación por este concepto, por lo que con el presente extiendo el más amplio finiquito que en derecho proceda.

**DATOS DEL SOLICITANTE**

\_\_\_\_\_<sup>47</sup>  
**NOMBRE**

\_\_\_\_\_<sup>48</sup>  
**FIRMA**

\_\_\_\_\_<sup>49</sup>  
**RFC / CURP**

GUÍA DE LLENADO  
SPBFTC

Forma: Solicitud de Pago a Beneficiarios por  
Fallecimiento de un Trabajador de Confianza

Guía de Llenado

Campo	Datos que deberán anotarse
1	Día, mes y año en que se requisita la solicitud.
2	Apellido paterno, materno, nombre (s) del (a) trabajador (a). fallecido (a).
3	Clave alfanumérica asignada al trabajador fallecido(a) por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP).
4	Clave Única de Registro de Población del (a) trabajador (a) fallecido (a), asignada por la Secretaría de Gobernación.
5	Día, mes y año en que ingresó a laborar a la SCT.
6	Nombre de la unidad administrativa de adscripción del (a) trabajador (a).
7	Código y denominación de la Plaza Puesto de Confianza del (a) trabajador (a).
8	Día, mes y año en que falleció el trabajador.
9	Nombre y firma del Jefe del Departamento de Recursos Humanos de la unidad administrativa de adscripción y el sello correspondiente.
10	Apellido paterno, materno, nombre (s) del solicitante del pago.
11	Clave Única de Registro de Población del solicitante.
12	Registro Federal de Causantes del solicitante y homoclave asignada por la SHCP.
13	Calle y Número, Colonia, Código postal, Delegación Política, Ciudad o Municipio, Entidad Federativa donde habite el solicitante.
14	Número telefónico del domicilio particular del solicitante (incluyendo lada).
15	Número telefónico donde labora el solicitante (incluyendo lada).
16	Tipo de Identificación oficial que presenta el solicitante.
17	Parentesco con el o la trabajador(a) fallecido (a).
18	Número del Acta de Defunción.
19	Número de Credencial Administrativa del (a) Trabajador (a).
20	Número del último Comprobante de Percepciones y Descuentos del (a) Trabajador (a).
21	Número de identificación oficial del solicitante.

GUÍA DE LLENADO  
SPBFTC

- 22 Número de documento que acredite familiaridad como beneficiario inmediato.
- 23 Número(s) de la(s) factura(s) o comprobante(s).
- 24 Fecha de cada documento presentado.
- 25 Nombre de la empresa que extendió la factura o comprobante.
- 26 Motivo del gasto.
- 27 Cantidad que ampara la factura o comprobante.
- 28 Suma de los importes.
- 29 Nombre y firma del solicitante.
- 30 Nombre y firma del responsable de la revisión. Para las unidades administrativas centrales y Centros SCT será el Jefe del Departamento de Recursos Humanos.
- 31 Nombre y firma del responsable de la validación. Para las unidades administrativas centrales será el Director de Asuntos Laborales, y para los Centros SCT, el Subdirector de Administración o equivalente.
- 32 Nombre y firma del responsable de autorización. Para las unidades administrativas centrales y Centros SCT será el Titular de la unidad administrativa de adscripción del trabajador fallecido.

PARA SER REQUISITADO POR LA UNIDAD ADMINISTRATIVA DE  
ADSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR

- 33 Sueldo Tabular (concepto 07).
- 34 Compensación Garantizada (en su caso).
- 35 Sueldo Mensual Integrado.
- 36 Monto máximo a pagar (4 meses de Sueldo Integrado).
- 37 Monto total de facturas.
- 38 Suma de los campos números 33 al 37.
- 39 Apellido paterno, materno, nombres (s) del solicitante.
- 40 Cheque o Contrarecibo (según sea el caso).
- 41 Número de Cheque o Contrarecibo (según sea el caso).
- 42 Día, mes y año de expedición del Cheque o Contrarecibo.
- 43 Importe (con número) del Cheque o Contrarecibo



GUÍA DE LLENADO  
SPBFTC

- 44 Importe (con letra) del Cheque o Contrarecibo.
- 45 Nombre de la Institución Bancaria que expide el Cheque o nombre del Centro SCT que expide el Contrarecibo (según sea el caso).
- 46 Apellido paterno, materno, nombre (s) del (la) trabajador (a), finado (a).
- 47 Apellido paterno, materno, nombre (s) del solicitante del pago.
- 48 Firma del solicitante.
- 49 Registro Federal de Causantes y Homoclave asignada por la SHCP o Clave Única de Registro de Población del solicitante.