



Form DC-04

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN CONTABLE

Guatemala, _____

Nombre Completo: _____

Registro de Personal: _____

NIT: _____

CUI: _____

Número de Teléfono: _____

Número de Carné de Estudiante (Obligatorio): _____

Dependencias donde laboró:

1. _____ 3. _____ 5. _____

2. _____ 4. _____ 6. _____

Ultimo Cargo desempeñado: _____

Fecha de Retiro: _____

(Ultimo día laborado)

Motivo Jubilación Indemnización

Firma _____

Enviar a: corresconta@correoe.usac.edu.gt

Debe adjuntar a la presente solicitud, imagen legible de -DPI-

