



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

**DIRECCIÓN GENERAL DE PERSONAL
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE
PERSONAL**

CIRCULAR DGPE/004/2002

ASUNTO: Certificación de Cartas Poder.

**SECRETARIOS ADMINISTRATIVOS,
JEFES DE UNIDAD ADMINISTRATIVA Y
DELEGADOS ADMINISTRATIVOS DE
LAS DEPENDENCIAS UNIVERSITARIAS**

Presente

Se vienen observando algunas irregularidades en el llenado de las Cartas Poder UNAM y en la ausencia de documentos que se presentan para su certificación, es por ello, que hago de su conocimiento los requisitos que deben contener las Cartas Poder UNAM para su certificación ante la Dirección General de Personal:

1. Utilizar el formato oficial de Carta Poder debidamente requisitado (ver anexo).
2. Nombre y sello de la dependencia de adscripción de la persona que otorga el poder.
3. Nombre y firma autógrafa del Secretario, Jefe o Delegado Administrativo de la dependencia de adscripción de la persona que otorga el poder. **Al firmar la Carta Poder se esta avalando los datos contenidos en ella.**
4. La persona que se presente a solicitar la Certificación de la Carta Poder deberá presentar originales de las identificaciones oficiales (credencial de la UNAM con resello actualizado o credencial de elector) del otorgante y aceptante del poder, de los testigos copia de identificaciones oficiales.

Aprovecho la oportunidad para enviarles un cordial saludo.

Atentamente

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"

Ciudad Universitaria, D.F. a 13 de febrero de 2002

EL DIRECTOR GENERAL


LIC. MARIO ALEJANDRO MENDOZA CASTAÑEDA

c.c.p.- Dr. Daniel L. Barrera P. Secretario Administrativo de la UNAM.- Presente.

JSM/MSGC/EM/JJSR
F:\ESÚS\regular.doc

LLENADO DE CARTAS PODER



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CARTA PODER

México, D.F. a _____ de _____ de _____

Día, mes y año, con vigencia de 30 días naturales.

SR.
Presente:

Nombre y cargo del Tesorero de la UNAM.

POR LA PRESENTE OTORGO A _____
PODER AMPLIO, CUMPLIDO Y BASTANTE, PARA QUE A MI NOMBRE Y REPRESENTACIÓN,
COBRE EL (LOS) CHEQUE (S) CORRESPONDIENTE (S) A LA (S) QUINCENA (S) _____

Nombre completo de la persona que recibe el poder.

Especificar quincena(s) y/o trámite(s).

Y ASÍ MISMO PARA QUE REALICE CUALQUIER GESTIÓN ANTE LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS O ACADÉMICAS UNIVERSITARIAS COMPETENTES, EN CASO DE TENER QUE LLEVAR A CABO TRÁMITES PARA LA OBTENCIÓN DE DICHS PAGOS O SERVICIOS

ACEPTO EL PODER

Nombre _____

OTORGANTE

Nombre _____

R.F.C. _____

Dirección _____

R.F.C. _____

Dirección _____

TESTIGOS

TESTIGOS

Nombre _____

Nombre _____

Firma, nombre, RFC y domicilio de la persona que acepta el poder, el que lo otorga y los testigos. Identificación Oficial original y copia de cada uno de ellos.

Nombre y sello de la dependencia de adscripción del otorgante.

DEPENDENCIA _____

Vo. Bo. _____

Nombre y firma del Secretario o Jefe de la Unidad Administrativa de la dependencia de adscripción del otorgante

DIRECCIÓN GENERAL DE FINANZAS

Nombre _____

D.G.F. 13-00-0