



Dirección General de Protección a Mexicanos en el Exterior

Recibo por pago de compensación por servicios extraordinarios de protección de la persona prestadora de servicios profesionales independientes

Representación: _____
 Nombre del prestador de servicios profesionales independiente (PSP): _____
 Puesto conforme a contrato: _____
 Fecha de pago: DD/MM/AAAA
 Moneda en la que se cubre el pago: _____
 Jornadas correspondientes al mes de : MM/AAAA

Número de jornada	Fecha de la jornada dd/mm/aaaa	Día de la jornada*			Duración del evento en horas	Importe a pagar por día	Firma del PSP
		Sábado	Domingo	Día festivo			
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

Pago total al mes: \$ -

Actividades realizadas:

Jornada 1 _____
 Jornada 2 _____
 Jornada 3 _____
 Jornada 4 _____
 Jornada 5 _____
 Jornada 6 _____
 Jornada 7 _____
 Jornada 8 _____

Sello de la Representación

Nombre y firma de la persona Titular de la Representación

Nombre y firma de la persona encargada de protección de la Representación

Nombre y firma de la persona encargada de los asuntos administrativos de la Representación

*Marcar con una X
 Nota: este recibo se deberá requisitar por persona y de manera mensual