SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS

FECHA:

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR (A)

R.F.C. DE 13 DIG.

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)	
DOMICILIO CALLE	NO.	COLONIA	C.P.
DELEGACIÓN O MUNICIPIO		ESTADO	TEL. PART.

DATOS LABORALES DEL TRABAJADOR

LUGAR DE ADSCRIPCIÓN EN LA SECRETARÍA DE SALUD GUERRERO	
FECHA DE INGRESO A LA SECRETARÍA DE SALUD GUERRERO	
FECHA DE TRANSFERENCIA A OTRA DEPENDENCIA (SI APLICA)	NOMBRE DE DE LA DEPENDENCIA
FECHA DE BAJA EN LA SECRETARÍA DE SALD GUERRERO (SI APLICA)	

HOJA DE SERVICIO POR

JUBILACIÓN	☐	RETIRO DE FONDOS DEL FOVISSSTE	☐	CORRECIÓN A FECHA DE INGRESO	☐
EDAD Y TIEMPO DE SERVICIOS	☐	INDEMNIZACIÓN GLOBAL O RETIRO DE FONDO DEL ISSSTE	☐	INTEGRACIÓN DE ANTIGÜEDAD	☐
CESANTÍA EN EDAD AVANZADA	☐	COMPLEMENTEO	☐	RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD	☐
CAUSA D E MUERTE (INVALIDEZ, ORFANDAD)	☐	ACUMULACIÓN DE FONDOS	☐	PRESTAMO HIPOTECARIO	☐
INVALIDEZ (INCAPACIDAD TOTAL O PERMANENTE)	☐				

CONSTANCIA PARA

COPIA DE LOS DOCUMENTOS QUE DEBE ANEXAR A LA SOLICITUD

(FOTOCOPIAS DE TALONES DE PAGO)

CONSTANCIAS	TALONES DE PAGO DE LOS MESES: DICIEMBRE DE 1980 A 1983	DE ENERO, MARZO, JUNIO, SEPTIEMBRE, DICIEMBRE (DE CADA AÑO), DE 1984 A LA FECHA (SI APLICA)	1° Y ULTIMO TALÓN DE SUELDO	TODOS LOS TALONES DE SUELDO DONDE SE REFLEJA 1° O 2° PARTE DEL AGUINALDO
	INTEGRACIÓN PARA EFECTOS DE QUINQUENIOS, ANEXAR HOJA ÚNICA DE SERVICIOS DE OTRAS DEPENDENCIAS DONDE LABORÓ			

CAMBIO DE PROGRAMA	ANEXAR OFICIO DONDE SOLICITE SU INTEGRACIÓN DE ANTIGÜEDAD	ANEXAR OFICIO DE CAMBIO DE PROGRAMA
OBSERVACIONES:		**FIRMA DEL SOLICITANTE**

RECIBÍ DEL C:

SOLICITUD DE ☐ CONSTANCIA DE SERVICIOS ☐ INTEGRACIÓN DE ANTIGÜEDAD

FAVOR DE PRESENTARSE CON ESTE FORMATO EN ___ DÍAS HÁBILES POR SU DOCUMENTO

NOTA: SIN ESTE FORMATO NO SE ENTREGARÁ NINGÚN DOCUMENTO

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE	FECHA DE RECEPCIÓN
TEL. DEPTO. REL. LABS. **747 47 1 77 61 Y 49 4 31 00 EXT. 1536**	