

## CONSTANCIA DE SERVICIO

C.

**JEFA DEL DEPARTAMENTO DE PENSIONES**

**SEGURIDAD E HIGIENE,**

**P R E S E N T E:**

Quien suscribe, C. \_\_\_\_\_, Director del Plantel \_\_\_\_\_, hace constar que la C. \_\_\_\_\_, labora en este centro educativo con los siguientes datos personales de contratación y pago, derivados de exceso de Incapacidades Médicas no profesionales:

1. Fecha de Ingreso:
2. RFC:
3. Salario base mensual al inicio de las Licencias Médicas: \$
4. Puesto:
5. Categoría:
6. Clave:
7. Lugar de Adscripción: **Plantel**
8. Domicilio:

9. Periodo pagado al 100% = **días**

-

10. Periodo pagado al 50% = **días**

-

11. Periodo sin sueldo = **días**

-

12. CURP:
13. Numero de Empleado:
14. Ramo:
15. Pagaduría:

Se extiende la presente Constancia de Servicios a petición de la interesada para el trámite de pago de licencias médicas por el ISSSTE, en \_\_\_\_\_, Estado de a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de dos mil \_\_\_\_\_.

**Atentamente.**  
**“Orgullosamente, CONALEP”**

**LIC.**  
**DIRECTOR**