

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