

**“SOLICITUD DE PREMIO POR ANTIGÜEDAD”**

**FOLIO:** \_\_\_\_\_

Ciudad de México a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

SUBDIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN Y  
DESARROLLO DE PERSONAL

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

Por medio del presente solicito de la manera más atenta se me otorgue el premio por antigüedad de \_\_\_\_\_ años de servicio, lo anterior con fundamento en lo establecido en los Artículos 82, 83 y 86 de la Ley de Premios, Estímulos y Recompensas Civiles, 215 de las Condiciones de Trabajo de la Secretaría de Salud y 103 fracción XXI y 104 fracción X de las Condiciones Generales de Trabajo vigentes en este Instituto.

\*Se anexan Hojas Únicas de Servicios

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

**ATENTAMENTE**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA**

**CREDENCIAL:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**PUESTO:** \_\_\_\_\_

**ADSCRIPCIÓN:** \_\_\_\_\_

**CORREO ELECTRÓNICO:** \_\_\_\_\_

### DATOS COMPLEMENTARIOS

#### DATOS DE INP

Turno Mat.  Vesp.  Noct.  Especial  Servicio y Piso \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Transferencia al INP Sí  No

Licencias sin goce de sueldo Sí  No  Renuncias Sí  No

#### DATOS DE RESIDENCIA MÉDICA (COTIZABLE AL ISSSTE)

Dependencia 1 \_\_\_\_\_

Periodo Fecha de inicio \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha de término \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dependencia 2 \_\_\_\_\_

Periodo Fecha de inicio \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha de término \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### DATOS LABORALES DE OTRAS DEPENDENCIAS (COTIZABLE AL ISSSTE)

Dependencia 1 \_\_\_\_\_

Periodo Fecha de inicio \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha de término \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dependencia 2 \_\_\_\_\_

Periodo Fecha de inicio \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha de término \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dependencia 3 \_\_\_\_\_

Periodo Fecha de inicio \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha de término \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dependencia 4 \_\_\_\_\_

Periodo Fecha de inicio \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha de término \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### DATOS ACADÉMICOS

Nivel de escolaridad \_\_\_\_\_

Profesión \_\_\_\_\_

#### DATOS DE LOCALIZACIÓN

Teléfono casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_