



DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN Y CONTROL DE PERSONAL

SOLICITUD PARA EL PAGO DE ANTIGÜEDAD

NOMBRE:

FECHA DE INGRESO:

No. DE EMPLEADO:

ADSCRIPCION:

PUESTO:

TELEFONO Y EXT:

LICENCIAS SIN GOCE

DE SUELDO:

ANTIGÜEDAD:

FIRMA