



Servicios  
Médicos  
Municipales

# O. P. D. SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN

Dirección General  
Dirección Administrativa  
Departamento de Recursos Humanos

## SOLICITUD DE LICENCIAS

Unidad: O.P.D.  H.G.Z.  C.V.N.  C.V.S.  C.V.F.  C.V. Villa de Guadalupe  C.V. Santa Lucía

### DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre del Trabajador \_\_\_\_\_  
Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Apellido Materno \_\_\_\_\_ Nombre(s) \_\_\_\_\_

No. Empleado \_\_\_\_\_ Servicio \_\_\_\_\_ Horario \_\_\_\_\_

Días/descanso \_\_\_\_\_ Categoría \_\_\_\_\_ Tipo/Plaza : \_\_\_\_\_

Base  Con fianza  Interinato  T. Determinado

### TIPO DE LICENCIA

ORDINARIO

OTROS  \_\_\_\_\_

(3 días hábiles antes)

Día Económico

Cumpleaños

Permisos con goce de sueldo :

Permiso sin goce de sueldo

No. de días \_\_\_\_\_ Del \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

(con letra)

al \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Motivo \_\_\_\_\_

Este documento es solo una solicitud y no será considerado como procedente hasta en tanto contenga ambas firmas de autorización y el sello de Recursos Humanos.

Fecha de solicitud \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN

\_\_\_\_\_  
Firma del Trabajador  
(manifiesto bajo protesta, decir la verdad)

\_\_\_\_\_  
Jefe del Servicio

Sello de Recursos Humanos

Observaciones \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
SubDirección

\_\_\_\_\_  
Recursos Humanos

\* ESTE DOCUMENTO DEBE SER LLENADO SIN FALTAR NINGÚN DATO

O.P.D. "Servicios de Salud  
del Municipio de Zapopan"

Hospital General  
de Zapopan

Cruz Verde  
Norte

Cruz Verde  
Sur

Cruz Verde  
Federalismo

Cruz Verde  
Villa de Gpe.

Cruz Verde  
Santa Lucía