

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



**SOLICITUD DE CONVENIO
DE SUSTITUCION**

ZAPOPAN JAL. A _____ DE _____ DE 20__

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE _____ N° CEL: _____
N° DE EMPLEADO _____ PUESTO _____ CATEGORIA BASE EVENTUAL
HORARIO _____ DÍAS DE DESCANSO _____
UNIDAD: H.G.Z. NORTE SUR VILLA GUADALUPE FEDERALISMO SANTA LUCIA
DÍAS DE SUSTITUCION _____

DATOS DEL SUPLENTE

NOMBRE _____ N° CEL: _____
N° DE EMPLEADO _____ PUESTO _____ CATEGORIA BASE EVENTUAL
HORARIO _____ DÍAS DE DESCANSO _____
HORARIO DE SUSTITUCION _____
TURNO DE SUSTITUCION _____ MOTIVO DE SUSTITUCION _____

LOS ABAJO FIRMANTES NOS OBLIGAMOS A CUMPLIR CON LO ESTIPULADO EN EL CONVENIO DE SUSTITUCION VIGENTE EN EL ORGANISMO.

EL TRABAJADOR SUSTITUTO ADQUIERE TODAS LAS RESPONSABILIDADES LEGALES, JURIDICO-ADMINISTRATIVAS INHERENTES EN EL PUESTO, HORARIO Y ADSCRIPCION DEL TRABAJADOR SUSTITUIDO.

NOMBRE Y FIRMA
DEL TRABAJADOR

NOMBRE Y FIRMA
DEL SUPLENTE

NOMBRE Y FIRMA
AUTORIDAD DEL O.P.D.

NOMBRE Y FIRMA
REPRESENTANTE SINDICATO ZAPOPAN O.P.D.