

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.