



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



## Comisión Mixta de Escalafón Solicitud

Fecha: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año 20\_\_\_\_ Folio \_\_\_\_\_

### DATOS DEL EMPLEADO

Unidad: H.G.Z.  C.V. Norte  C.V. Sur  C.V. Villa de Guadalupe  C.V. Federalismo  C.V. Santa Lucia  C.V. Niña Eva

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ N° Celular: \_\_\_\_\_

N° Empleado: \_\_\_\_\_ Turno: Matutino  Vespertino  Nocturno  Jornada Acumulada  Mixto

Departamento: \_\_\_\_\_ Puesto: \_\_\_\_\_ Categoría: \_\_\_\_\_

Días de Trabajo: \_\_\_\_\_

Horario: \_\_\_\_\_ Días de Descanso: \_\_\_\_\_

Cambio de Categoría:  Cambio de Adscripción:  Basificación:

Permuta:  Cambio de Turno:  Otros:

Especificar Solicitud: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Relacionar documentación entregada: \_\_\_\_\_

“La Solicitud de movimientos mediante este formato, genera la obligación de dar seguimiento al trámite hasta la conclusión del mismo, ya que, de ser autorizado, administrativamente se procederá para los efectos que correspondan sin necesidad de que se notifique personalmente la resolución al interesado”

ATENTAMENTE

\_\_\_\_\_  
Firma del Trabajador

\_\_\_\_\_  
Fecha de Recibido

\_\_\_\_\_  
Representante O.P.D. “S.S. M.Z.”

\_\_\_\_\_  
Representante Sindical