



SOLICITUD DE CONSTANCIA

Fecha de solicitud: _____

Número de folio: _____

Datos del empleado

Nombre completo:

Número de empleado:

Número de teléfono celular:

Lugar de adscripción:

Colocar una "✓" dentro del paréntesis que corresponda a sus estudios

Escolaridad y/o Grado Académico :

Sin estudios () Licenciatura () Especialidad () Maestría () Doctorado () Otro: _____

Colocar una "✓" dentro del paréntesis que corresponda a su condición laboral

Activo: Académico () Administrativo de Confianza () Administrativo y de Intendencia Sindicalizado ()

Pensionado: Académico () Administrativo de Confianza () Administrativo y de Intendencia Sindicalizado ()

Colocar una "✓" dentro del paréntesis que corresponda al tipo de constancia que solicita

De antigüedad (para participar en las convocatorias de ESDEPED, CONACyT, ANFECA, entre otras.)

De sueldo De sueldo más prestaciones (VISA)

Para PRODEP Para Guardería Para INFONAVIT

De gastos médicos mayores para: Trabajador Derechohabiente

Para emitir este tipo de constancia al derechohabiente es necesario que cuente con documentación vigente en la Coordinación General de Servicios Médicos.

Nombre y edad del derechohabiente: _____

Firma del solicitante	Nombre y firma de quien recibió la solicitud	Hora de recepción de la solicitud	Fecha y hora en que se entregará la constancia
-----------------------	--	-----------------------------------	--

- La constancia solicitada será entregada únicamente al trabajador al tercer día hábil, contando a partir del siguiente día laborable en que se solicitó.
- Para la entrega de la constancia es necesario presentar esta solicitud e identificación oficial con fotografía.
- En los meses de enero, febrero, agosto y septiembre, las constancias de antigüedad y PRODEP, serán entregadas al cuarto día hábil, contando a partir del siguiente día laborable en que se solicitó.
- Para solicitar información sobre el estatus en que se encuentra la constancia ya solicitada, llamar al teléfono 3 58 15 00, extensión 6110.

PARA USO EXCLUSIVO DEL DEPARTAMENTO DE CONTROL ADMINISTRATIVO DE PERSONAL

NOMBRE COMPLETO DEL EMPLEADO: _____

NÚMERO DE EMPLEADO: _____

PUESTO Y CATEGORÍA ACTUAL: _____

ESCOLARIDAD Y/O GRADO ACADÉMICO: _____ OTRO: _____

LUGAR DE ADSCRIPCIÓN: _____

R.F.C. : _____ C.U.R.P. : _____ N.S.S. : _____

ANTIGÜEDAD LABORAL		
FECHA DE INGRESO	AÑOS DE SERVICIO	FECHA DE CORTE DE INFORMACIÓN

DATO PARA CONSTANCIA PRODEP:

• Fecha de obtención de la categoría otorgada como Profesor Investigador de Tiempo Completo de base: _____

OBSERVACIONES:

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN
PROPORCIONÓ LA INFORMACIÓN

REVISÓ: MTRA. DINA VICTORIA MONTERO LASTRA
SUBJEFA DE ÁREA

Vo. Bo. LIC. JAVIER HERNÁNDEZ MÉNDEZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO

**PARA USO EXCLUSIVO DEL
DEPARTAMENTO DE NÓMINA**

SUELDO TABULAR MENSUAL:	
SUELDO MÁS PRESTACIONES:	
PENSIÓN MENSUAL:	

NOTA: En caso de existir más de un nombramiento vigente, deberá considerar el total en el campo correspondiente y anexar el desgloce del sueldo.

OBSERVACIONES:

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN
PROPORCIONÓ LA INFORMACIÓN

Vo. Bo. (NOMBRE Y FIRMA)

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA UNIDAD DE
GESTIÓN OPERATIVA DE PENSIONES**

R.F.C.	
C.U.R.P.	
N.S.S.	
S.D.I.	

OBSERVACIONES:

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN
PROPORCIONÓ LA INFORMACIÓN

Vo. Bo. (NOMBRE Y FIRMA)