

**Formato de Pago de Aportaciones Omitidas
para Reconocimiento de Antigüedad**

Fecha de solicitud: /

Lugar:

DEPARTAMENTO DE AFILIACIÓN Y VIGENCIA
PRESENTE.-

Por medio de la presente, solicito se realice el cálculo para el pago de aportaciones omitidas por concepto de reconocimiento de antigüedad conforme a la Hoja de Servicios que se acompaña.

Mis datos de identificación son:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Número de Afiliación

Dependencia actual:

Dependencia anterior:

Periodo a reconocer del / al /

Tiempo aproximado para efecto de reconocimiento:

ATENTAMENTE

Firma del solicitante

IMPORTANTE: Esta solicitud, debe estar previamente autorizada por el área de Recursos Humanos de la dependencia correspondiente, a la que se encuentre el interesado activo a la fecha de la solicitud.

Nombre:

Firma:

Sello del área que autoriza

Nota: De conformidad con la Ley de Protección de Datos Personales del Estado de Chihuahua, le informamos que Pensiones Civiles del Estado y sus oficinas; con domicilio en la Av. Teófilo Borunda 2900, Col. Centro, Chihuahua, Chih., México, C.P. 3100, es el responsable del uso y protección de sus datos personales, puede consultar el aviso de privacidad en nuestro sitio www.pce.chihuahua.gob.mx