

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 pendientes de enterar derivadas del reconocimiento de antigüedad patronal conforme a la Hoja de Servicios que se acompaña.

Mis datos de identificación son:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Nombre(s)

Apellido Paterno

Apellido Materno

Número de Afiliación

Dependencia actual:

Dependencia anterior:

Periodos pendientes de cotizar / al /

Correo electrónico:

Teléfono:

ATENTAMENTE

Firma del solicitante

IMPORTANTE: Esta solicitud, debe estar previamente autorizada y acompañada del documento expedido por el área de Recursos Humanos del ente correspondiente a la que se encuentre activo el interesado a la fecha de la solicitud.

Nombre:

Firma:

Sello del área que autoriza