



Secretaría de Salud
Dirección Administrativa
Subdirección de Recursos Humanos
Departamento de Prestaciones Sociales al Personal

SOLICITUD NÚM.

SOLICITUD DE LICENCIA CON GOCE DE SUELDO

LUGAR

DÍA

MES

AÑO

NOMBRE DEL TRABAJADOR:

RFC:

ADSCRIPCIÓN:

CATEGORIA:

PLAZA:

JORNADA:

FECHA DE INGRESO:

NOMINA:

PERIODO
SOLICITADO:

INICIO

TÉRMINO

DÍA

MES

AÑO

DÍA

MES

AÑO

PRÓRROGA:

SI

NO

PERIODO
SOLICITADO:

INICIO

TÉRMINO

DÍA

MES

AÑO

DÍA

MES

AÑO

A CONTINUACIÓN MENCIONO LAS LICENCIAS
QUE HE DISFRUTADO DURANTE EL CICLO:

CON SUELDO: TOTAL DE DÍAS:

JUSTIFICACIÓN:

PROCEDE:

SI

NO

NOMBRE Y FIRMA DEL INTERESADO

NOMBRE Y FIRMA
JEFE INMEDIATO

NOMBRE Y FIRMA
DIRECTOR O JEFE DE LA JURISDICCIÓN