

PREMIO DE ANTIGÜEDAD

Requisitos para premio de antigüedad	
01	Formato de solicitud de constancia de servicio para el bono de años de servicio.
02	Copia del primer recibo de nómina.
03	Copia del último recibo de nómina.
04	Constancia de años de servicio emitido por el IMSS-BIENESTAR.
05	Constancia laboral IMSS-BIENESTAR.
06	Hoja única de servicio.
EN CASOS DE INCONSISTENCIAS DERIVADO A BAJAS, LICENCIA SIN GOCE DE SUELDO	
01	Copia del primer recibo de nómina.
02	Copia del último recibo de nómina.
03	Recibos de nómina de aguinaldo de cada año donde se refleja la 1 y 2 parte del aguinaldo de todos sus años de servicio.
04	Recibos de nómina de los meses de enero, marzo, junio, septiembre y diciembre de todos sus años de servicio.



FORMATO DE SOLICITUD DE CONSTANCIA DE SERVICIOS PARA EL BONO DE AÑOS DE SERVICIO

FECHA:

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

APELLIDOS:		NOMBRE (S)		R.F.C.
DOMICILIO CALLE	No.	COLONIA		C.P.
DELEGACIÓN O MUNICIPIO			TEL. CASA.	
ESTADO			CELULAR.	
CORRE ELECTRÓNICO				

DATOS LABORALES DEL TRABAJADOR

ADSCRIPCIÓN:	FECHA DE INGRESO A LA SSA:	CÓDIGO FUNCIONAL:
--------------	----------------------------	-------------------

**COPIA DE LOS DOCUMENTOS QUE DEBE ANEXAR A LA SOLICITUD
"SI NO TIENE INCONSISTENCIA"**

ENTREGAR PRIMER Y ULTIMO TALÓN DE PAGO

AÑOS DE SERVICIO A RECONOCER	20	25	30	35	40	45	50	55	60	
------------------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	--

EN CASO DE INCOSISTENCIA EN SU ANTIGÜEDAD COMO BAJA, LICENCIAS SIN SUELDO ETC.

1.-	PRIMERO Y ULTIMO TALÓN DE PAGO	2.-	TALONES DE PAGO DE AGUINALDO DE CADA AÑO DONDE SE REFLEJA LA 1° Y 2° PARTE DEL AGUINALDO DE TODOS SUS AÑOS DE SERVICIO	3.-	TALONES DE PAGO DE LOS MESES DE ENERO, MARZO, JUNIO, SEPTIEMBRE Y DICIEMBRE DE TODOS SUS AÑOS DE SERVICIO.
-----	-----------------------------------	-----	---	-----	---

INFORMACION COMPLEMENTARIA

PERIODO DE RESISTENCIA (EN CASO)		PERIODO DE PASANTÍA (EN CASO)	
PERIODO DE LICENCIA SIN GOCE (EN CASO)		PERIODO DE BAJA (EN CASO)	
TRANSFERENCIA DE OTRA DEPENDENCIA (EN CASO)		NOMBRE DE LA DEPENDENCIA	

AÑOS DE SERVICIO A RECONOCER	20	25	30	35	40	45	50	55	60	
------------------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	--

OBSERVACIONES:

NOTA: LOS PERIODOS DE BAJA, LICENCIA SIN SUELDO, RESIDENCIA, PASANTIA O SERVICIO SOCIAL, NO SE CONSIDERAN TIEMPO LABORADO.

FIRMA DEL SOLICITANTE

RECIBÍ:

SOLICITUD DE:	CONSTANCIA DE SERVICIOS	PARA TRAMITAR:	ESTIMULO DE ANTIGÜEDAD:
---------------	-------------------------	----------------	-------------------------

PAVOR DE PRESENTARSE CON ESTE FORMATO EN _____ DÍAS HÁBILES POR SU DOCUMENTO
NOTA: SIN ESTE FORMATO NO SE HARÁ ENTREGA DE NINGÚN DOCUMENTO

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE

FECHA DE RECEPCIÓN