



INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE
LOS TRABAJADORES DEL
ESTADO DE ZACATECAS

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES.
DEPARTAMENTO VIGENCIA DE DERECHOS.

SOLICITUD DE EXPEDICIÓN CONSTANCIA DE ANTIGÜEDAD

NOMBRE: _____ No. EMPLEADO _____
MODIFICACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE NOMBRE Y/O APELLIDOS: SI _____ NO _____ ANÓTELO (S) _____

ENTE PÚBLICO: _____

SINDICATO: SI _____ NO _____ ANÓTELO _____

FECHA DE INGRESO: _____ FECHA INICIO DE COTIZACIÓN _____

ACTIVO: SI _____ NO _____ FECHA BAJA: _____

PERMISO SIN GOCE DE SUELDO: SI _____ TIEMPO _____ NO _____

FECHA DE INICIO: _____

FECHA DE REINGRESO

CAMBIO DE ADSCRIPCIÓN: SI _____ NO _____ ¿A QUÉ ENTE PÚBLICO? _____

CAMBIO DE NÚMERO DE EMPLEADO: SI _____ NO _____ ANÓTELO (S) _____

RECIBIO DEVOLUCIÓN DE CUOTAS: SI _____ NO _____ NUM. EMPLEADO _____ AÑO _____

NUEVO INGRESO A OTRO ENTE PÚBLICO: SI _____ NO _____ ADSCRIPCIÓN _____

PAGO RÉGIMEN VOLUNTARIO: SI _____ NO _____ ANÓTELO (S) _____

PAGO LAPROS NO LABORADOS: SI _____ NO _____ ANÓTELO (S) _____

PAGO CAPITAL CONSTITUTIVO: SI _____ VÍA _____ NO _____

DICTÁMEN DE INVALIDEZ TEMPORAL REVISABLE: SI _____ NO _____

DICTÁMEN DE INVALIDEZ DEFINITIVA: SI _____ NO _____

DICTÁMEN DE RIESGO DE TRABAJO: SI _____ NO _____

MARQUE CON UNA (X) COPIAS DE DOCUMENTOS ANEXOS A ESTA SOLICITUD:

- () HOJA Y CONSTANCIA DE SERVICIO
 - () NOMBRAMIENTO () MOVIMIENTO DE ALTA () ORDEN DE COMISIÓN () COMPROBANTE DE INGRESO () OTRO _____
 - () ALTA AL IMSS () CONSTANCIA DE SEMANAS COTIZADAS AL IMSS
 - () MOVIMIENTO DE LICENCIA SIN GOCE DE SUELDO Y REINGRESO DE LA MISMA (SI ES EL CASO)
 - () COMPROBANTES DE PAGO DE TIEMPO DE SERVICIO, LAPROS NO LABORADOS (SI ES EL CASO)
 - () COMPROBANTE PAGO RÉGIMEN VOLUNTARIO (SI ES EL CASO)
 - () DOCUMENTO PROBATORIO CAPITAL CONSTITUTIVO (SI ES EL CASO)
 - () DICTÁMEN DE INVALIDEZ TEMPORAL REVISABLE (SI ES EL CASO)
 - () DICTÁMEN DE INVALIDEZ DEFINITIVA (SI ES EL CASO)
 - () DICTÁMEN DE RIESGO DE TRABAJO (SI ES EL CASO)
 - () ACTA DE NACIMIENTO () ACTA DE MATRIMONIO () CONSTANCIA DE CONCUBINATO () CONSTANCIA DE SOLTERÍA
 - () ACTA DE DEFUNCIÓN (DERECHOHABIENTE) () PRESUNCIÓN DE MUERTE () ACTA DE NACIMIENTO BENEFICIARIO (A)
 - () MOVIMIENTO DE BAJA (SI ES EL CASO)
 - () ÚLTIMO COMPROBANTE DE PAGO () OTROS COMPROBANTES DE PAGO _____
 - () IDENTIFICACIÓN CREDENCIAL (I.N.E. Y/O ISSSTEZAC () BENEFICIARIO (A)
- ¿HA SOLICITADO CONSTANCIA DE ANTIGÜEDAD EN EL ISSSTEZAC CON ANTERIORIDAD? SI _____ (ANEXAR) NO _____

TEL. CEL:

CASA:

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE:	TRAMITÓ:
	RECIBIÓ:

FECHA: _____