



SINDICATO UNICO DE TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE SONORA E INSTITUCIONES DESCENTRALIZADAS

SECRETARIA DE ASUNTOS ESCALAFONARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE SONORA

Manuel Z. Cubillas No. 63 entre Londres y Galeana
www.sutspes.com.mx E-mail: escalafonsaludsutspes@gmail.com
Tels. (662) 289-39- 50 al 59 ext. 1173

FOLIO SAC	
Lugar:	
Fecha:	

SOLICITUD DE PROMOCIÓN

De la manera más atenta y de conformidad con lo dispuesto en el convenio de Prestaciones Económicas y Sociales vigente, celebrado entre el Gobierno del Estado de Sonora y el Sindicato Único de Trabajadores al Servicio de los poderes del Estado de Sonora e Instituciones Descentralizadas, pongo a consideración mi solicitud de promoción de escalafón.

DATOS GENERALES

Nombre del Solicitante:	
Número Pensión:	Número de Empleado:
Puesto Nominal:	
Puesto Funcional:	
Sección:	
Dependencia:	
Adscripción:	
Tel. de oficina:	Tel. Celular:
Correo electrónico:	
Representante de Escalafón	
Nivel:	Antigüedad (años de servicio ante Servicios de Salud de Sonora):
Nivel de escolaridad	

REQUISITOS

	Currículum vitae (Donde se especifiquen las capacitaciones tomadas durante los últimos tres años, con los siguientes datos: fecha y nombre del curso, duración y dependencia que lo organizó (no incluir fechas))
	Copia Descripción de Puestos con ambas firmas
	Copia de credencial vigente del SUTSPES ambos lados
	Copia de último talón de cheque (Clave 11)
	Copia oficial del último grado escolar (certificado, carta de pasante, título, cédula, kardex /presente año escolar)
	Copia del último nombramiento o carta de trabajo

AVISO DE PRIVACIDAD

Consiento expresamente que el SUTSPES, dé tratamiento a mis datos personales sensibles que estoy otorgando, para que se lleven acabo las finalidades que se señalan en el aviso de privacidad integral, del cual previamente manifiesto conocer su contenido integro.

SOLICITA	RECIBE	FECHA