

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

COLIMA, COL., _____ DE _____ DE 2026.

COMISIÓN AUXILIAR MIXTA DE ESCALAFÓN
DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE COLIMA.

P R E S E N T E.

EN BASE A LO ESTABLECIDO EN EL REGLAMENTO DE ESCALAFÓN DE LA SECRETARIA DE SALUD, ME PERMITO SOLICITAR MI INSCRIPCIÓN AL CONCURSO ESCALAFONARIO QUE SE HA CONVOCADO EN EL BOLETÍN NO.

_____.

MIS DATOS PERSONALES SON:

NOMBRE: _____

R.F.C. : _____

CLAVE PRESUPUESTAL: _____

DESCRIPCIÓN DEL PUESTO: _____

FECHA DE INGRESO A LA S.S.A.: _____

FUNCIÓN REAL: _____

UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN: _____

SIN OTRO PARTICULAR POR EL MOMENTO, AGRADEZCO DE ANTEMANO LA ATENCIÓN PRESTADA A LA PRESENTE.

NOTA: EL FIRMANTE MANIFIESTA QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTE EXPEDIENTE ES VERÍDICA Y DE NO SER ASÍ, LA COMISIÓN AUXILIAR MIXTA DE ESCALAFÓN PROCEDERÁ A LA CANCELACIÓN EN CASO DE COMPROBARSE LO CONTRARIO.

ATENTAMENTE
