



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL**

**“SUSTITUCIÓN DE TRABAJADOR A TRABAJADOR”  
CEDULA DE AUTORIZACIÓN**



México, D. F., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20

FOLIO. -----

C: DIRECTOR

DE CONFORMIDAD A LO DISPUESTO EN LOS LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA “SUSTITUCIÓN DE TRABAJADOR A TRABAJADOR” PROPUESTO POR EL S.N.T.S.S. AL I.M.S.S. LOS TRABAJADORES QUE A CONTINUACIÓN SE SEÑALAN, ACEPTAN DE CONFORMIDAD AL CITADO PROGRAMA, SOMETER A LA APROBACIÓN DE LAS AUTORIDADES INSTITUCIONALES Y SINDICALES DE LA UNIDAD, LA PRESENTE SUSTITUCIÓN DE TRABAJADOR A TRABAJADOR, CON LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES QUE CONTEMPLAN EN EL MISMO.

**TRABAJADOR SUSTITUIDO**

**TRABAJADOR SUSTITUTO**

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
MATRICULA: \_\_\_\_\_  
ADSCRIPCION: \_\_\_\_\_  
CATEGORIA: \_\_\_\_\_  
TURNO: \_\_\_\_\_  
JORNADA: \_\_\_\_\_  
HORARIO: \_\_\_\_\_  
DESCANSOS: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
MATRICULA: - \_\_\_\_\_  
ADSCRIPCION: \_\_\_\_\_  
CATEGORIA: \_\_\_\_\_  
TURNO: \_\_\_\_\_  
JORNADA: \_\_\_\_\_  
HORARIO: \_\_\_\_\_  
DESCANSOS: \_\_\_\_\_

DÍAS A SUSTITUIR: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TRABAJADOR SUSTITUIDO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TRABAJADOR SUSTITUTO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL JEFE DE SERVICIO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL DELEGADO SINDICAL

**COORDINACIÓN DE GESTION DE RECURSOS HUMANOS  
DEPARTAMENTO DELEGACIONAL DE PERSONAL**

Delegación: 3 S.O.

**“Documento que avala el retiro del Área Laboral para la continuidad del Servicio”**

a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
LUGAR Y FECHA

Se hace constar que el (la) C. \_\_\_\_\_

Con categoría: \_\_\_\_\_ matrícula: \_\_\_\_\_

Permanecerá ausente del Servicio de \_\_\_\_\_

A partir de las \_\_\_\_\_ para dar continuidad al Servicio de \_\_\_\_\_

con motivo del Convenio celebrado de Sustitución de Trabajador a trabajador.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TRABAJADOR

\_\_\_\_\_  
JEFE DEL SERVICIO

\_\_\_\_\_  
ENCARGADO O JEFE DE SERVS. DE PERSONAL