

**ACTA DE ROBO, EXTRAVIO O REPOSICIÓN DE CREDENCIALES**

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

C. JEFE DE LA UNIDAD DE SERVICIOS AL PERSONAL  
SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA  
PRESENTE

Bajo la más formal protesta de decir verdad y como persona honesta, me permito hacer constar el extravío o robo de la credencial que me identifica como empleado de los Servicios de Salud de Oaxaca, motivo por el cual me dirijo a Usted para solicitar la reposición de la misma.

Hechos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nota: señalar lugar, fecha y hora en que ocurrieron los hechos.

Datos personales del prestador de servicios:

Nombre: \_\_\_\_\_

R.F.C.: \_\_\_\_\_ Puesto: \_\_\_\_\_

Centro de responsabilidad: \_\_\_\_\_

Ubicación física de su centro de trabajo: \_\_\_\_\_

**FIRMA Y NOMBRE DEL EMPLEADO**

\_\_\_\_\_

Nota: en caso de recuperación de credencial anterior, la entregaré en la Unidad de Servicios de Personal para su cancelación.