ASUNTO: Solicitud de Estímulo por **ASISTENCIA PERFECTA.**

Oaxaca de Juárez, Oax., a \_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2017.

(Titular de la Unidad)

P R E S E N T E.

El (la) que suscribe C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, trabajador(a) de\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con R.F.C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, clave presupuestal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y fecha de ingreso Al gobierno federal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, me permito solicitar a usted, con base en el Artículo 221, de las Condiciones Generales de Trabajo vigentes en este Organismo, el **ESTÍMULO ECONÓMICO POR ASISTENCIA PERFECTA**, el cual es otorgado para elevar la calidad en la productividad y permanencia en el trabajo, por el periodo comprendido del 01 de octubre 2016 al 30 de septiembre 2017.

Sin otro particular, quedo de usted.

R E S P E T U O S A M E N T E.

C.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
| **INCIDENCIAS:** |  |
| PERMISOS ECONÓMICOS |  |
| LICENCIAS MÉDICAS |  |
| FALTAS INJUSTIFICADAS |  |
| LICENCIAS CON SUELDO |  |
| LICENCIAS SIN SUELDO |  |
| CUIDADOS MATERNOS |  |
| SANCIÓN DISCIPLINARIA |  |

**Su permanencia en el trabajo se califica como:**

POSITIVA ( ) NEGATIVA ( )

A T E N T A M E N T E

|  |  |
| --- | --- |
| **TOTAL DE INCIDENCIAS:** |  |
| **PORCENTAJE:** |  |
| **DÍAS A PAGAR:** |  |

C.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIRECTOR DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA

C.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
JEFE DE RECURSOS HUMANOS.