



# SECRETARÍA DE PREVISIÓN SOCIAL



## ENCUESTA A COMPAÑEROS CON TRÁMITE DE JUBILACIÓN

NOMBRE DEL TRABAJADOR:

EXPEDIENTE:

EDAD:

AÑOS DE SERVICIO:

ESPECIALIDAD:

CENTRO DE TRABAJO:

No. DE TELÉFONO:

COORDINADOR:

JEFE INMEDIATO:

### DICTAMEN DE INVALIDEZ Y/O RIESGO DE TRABAJO

SI

NO

Dx.:

FIRMA DEL TRABAJADOR

FECHA