

Se

SOLICITUD FEDERAL

No. _____

SOLICITUD PARA LA ENTREGA DEL ESTÍMULO ECONÓMICO Y RECONOCIMIENTO AL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y DE APOYO A LA EDUCACIÓN, MANDOS MEDIOS, SUPERIORES Y HOMOLOGADOS, CORRESPONDIENTE A LA PROMOCIÓN 2018

FILIACIÓN:

CURP:

FECHA DE INGRESO A LA S.E. _____ (DIA) _____ (MES) _____ (AÑO)

NOMBRE: _____
Utilizar mayúsculas y minúsculas
 (Apellido Paterno) (Apellido Materno) (Nombre (s))

DOMICILIO PARTICULAR: _____
 (Calle y No.) (Colonia ó Población)

(Delegación o Municipio) (Entidad Federativa) (Código Postal) (Teléfono) Personal o Familiar

CENTRO DE TRABAJO: _____
 (Clave del Centro de Trabajo) (Nombre)

(Calle y No.) (Colonia o Población)

(Delegación o Municipio) (Entidad Federativa) (Código Postal) (Teléfono)

PLAZA(S) O PUESTO(S) QUE DESEMPEÑA ACTUALMENTE:

Clave	Categoría

ESTÍMULO Y RECONOCIMIENTO SOLICITADO:

- 10 AÑOS
 15 AÑOS
 20 AÑOS
 25 AÑOS
 30 AÑOS
 35 AÑOS
 40 AÑOS
 45 AÑOS
 50 AÑOS

REQUISITOS PARA ASPIRANTES:

(Documentación Legible)

- Solicitud firmada, original y 2 copias.
- Acta de nacimiento reciente, 3 copias.
- Constancia de servicio expedida por la Dirección de Recursos Humanos, original y 2 copias.
- Primer nombramiento u orden de comisión con fecha de ingreso, 3 copias
- Último Talón de pago y CURP en una sola hoja, 3 copias.
- Credencial de Elector **amplificada** al 200% por ambos lados, 3 copias.
- Licencia pre-jubilatoria o baja por jubilación (Solo en caso de estar en este proceso), 3 copias.
- Hoja única de servicio alta y baja, si laboró en otro estado, 3 copias
- Copia de clave interbancaria del trabajador y en caso de tener descuento por Pensión Alimenticia de la beneficiaria

TODO EN TAMAÑO CARTA

CÓMPUTO DE LICENCIAS SIN GOCE DE SUELDO

(NECESARIO DETALLAR, SI EXISTEN)

TIPO DE LICENCIA	INICIO			TÉRMINO			CÓMPUTO		
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

(DE SER INSUFICIENTE ESTE ESPACIO, FAVOR DE UTILIZAR HOJAS ANEXAS.)

TIENE DESCUENTO POR PENSIÓN ALIMENTICIA SI () Detallar NO ()

Nombre de pensionados	%	Teléfono

En caso de que se me autorice dicho estímulo y de que falleciese antes de recibirlo, señalo como beneficiario(s) para que lo reciba(n) a: _____

(Para garantizar la información registrada por favor firme al final del último nombre escrito)

(Firma del solicitante)

Declaro bajo protesta decir la verdad de los datos asentados son ciertos.

JUBILADO: NO _____ SÍ _____ A PARTIR DE: _____

JUBILACIÓN EN TRÁMITE A PARTIR DE: _____ AL: _____

ESTA SOLICITUD ES GRATUITA Y DEBERÁ LLENARLA Y FIRMAR EL TRABAJADOR, ANEXANDO LA DOCUMENTACIÓN SEÑALADA EN EL ANVERSO DE LA PRESENTE, CONSERVANDO UNA COPIA CON EL SELLO DE SU UNIDAD ADMINISTRATIVA DE RECEPCIÓN COMO ACUSE DE RECIBO, CUALQUIER ACLARACIÓN SOBRE EL RESULTADO DE SU GESTIÓN, DEBERÁ SOLICITARLO AL DEPTO. DE ARCHIVO AL TEL.: 01-99-33-58-21-00 EXT.: 2119.

ADMINISTRATIVO

FECHA LÍMITE DE RECEPCIÓN EN EL
DEPTO. DE ARCHIVO DE LA S.E.
18 DE MAYO DE 2018

NO SE RECIBIRÁN SOLICITUDES INCOMPLETAS

SOLICITANTE	ACUSE DE RECIBO	SELLO DE LA DEPENDENCIA
Nombre: _____	Nombre: _____	
Fecha: _____	Fecha: _____	
Firma: _____	Firma: _____	