

SOLICITUD DE TRÁMITE PARA VALORACIÓN MÉDICA

C. PROFR. DANIEL COVARRUBIAS LÓPEZ
SECRETARIO GENERAL DE LA SECCIÓN 32 DEL S.N.T.E.
P R E S E N T E.

FOLIO: _____

AT'N. ING. RAFAEL DE JESÚS ÁBREGO ARENAS
SECRETARIO DE PREVISIÓN SOCIAL

EL (la) que suscribe, C. _____ se dirige a usted de la manera más atenta y respetuosa para solicitar su valiosa intervención ante quien corresponda, a fin de que se me realice una **-VALORACION MEDICA-** y de acuerdo al resultado, se me proporcione el **CERTIFICADO MEDICO** correspondiente y tramitar o prorrogar el ACUERDO PRESIDENCIAL O CAMBIO DE ACTIVIDAD en base a los siguientes datos:

FILIACIÓN: _____
CLAVE PRESUPUESTAL: _____
NIVEL: _____
ZONA ESCOLAR: _____
CENTRO DE TRABAJO: _____
REGION: _____ DELEGACION SINDICAL: _____
CATEGORIA O ACTIVIDAD QUE DESEMPEÑA: _____
ANTIGÜEDAD: _____
ESPECIALIDAD MEDICA: _____
CLINICA DE ADSCRIPCION: _____
TELEFONO CEL: _____

Sin otro particular, le anticipo mi sincero agradecimiento por las atenciones a la presente.

A T E N T A M E N T E

C. **NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ELABORA**

- *REQUISITOS: LLENADO DE ESTA SOLICITUD -- 2 TANTOS DE TALÓN DE PAGO DE LAS CLAVES QUE POSEE, (SI ES PARA ACUERDO PRESIDENCIAL ANEXAR LAS INCAPACIDADES DE LOS 56 DIAS CORRESPONDIENTES)**
- *INDISPENSABLE LLENAR TODOS LOS ESPACIOS (PUEDE LLENAR EL INTERESADO, REPRESENTANTE O FAMILIAR)**
- *INDISPENSABLE DEJAR EL ORIGINAL DE ESTE FORMATO Y LLEVARSE LA COPIA FIRMADA Y SELLADA ASÍ VENGAN EN PAQUETES DE LAS OFICINAS DE LAS SOP O DE LAS DELEGACIONES.**
- *PARA RECOGER CADA PROPUESTA DEBEN PRESENTAR COPIA DE ESTA SOLICITUD E IDENTIFICACIÓN ASÍ VENGAN EN PAQUETES DE LAS OFICINAS DE LAS SOP O DE LAS DELEGACIONES.**

NOTA IMPORTANTE: SOLO SE LE ENTREGARÁ EL DICTAMEN A QUIEN PRESENTE EL ACUSE DE RECIBO (COPIA DE ESTA SOLICITUD) HAYA TRAMITADO O NO

TELEFONOS: 83 33 27 77 08 - 22 83 65 69 23 - 22 81 00 53 50 - 74 43 39 09 32

SOLICITUD DE TRÁMITE PARA RATIFICACIÓN CAMBIO DE ACTIVIDAD

C. PROFR. DANIEL COVARRUBIAS LÓPEZ
SECRETARIO GENERAL DE LA SECCIÓN 32 DEL S.N.T.E.
P R E S E N T E.

FOLIO: _____

AT'N. ING. RAFAEL DE JESUS ÁBREGO ARENAS
SECRETARIO DE PREVISIÓN SOCIAL

EL (la) que suscribe, C. NOMBRE DEL INTERESADO EN EL TRÁMITE se dirige a usted de la manera más atenta y respetuosa para solicitar su valiosa intervención ante quien corresponda a fin de que se me realice una **PRÓRROGA DE CAMBIO DE ACTIVIDAD RECOMENDADO EN EL RESUMEN CLÍNICO EMITIDO POR LA UNIDAD MÉDICA, CLÍNICA U HOSPITAL DEL ISSSTE:** _____ en base a los siguientes datos:

FILIACIÓN: _____ CLAVE(S) PRESUPUESTAL(ES): _____

NIVEL ESCOLAR: _____ ZONA ESCOLAR: _____

CENTRO DE TRABAJO: _____ REGIÓN SINDICAL: _____

SECTOR SINDICAL: _____ DELEGACIÓN SINDICAL: _____

ACTIVIDAD QUE DESEMPEÑA: DOCENTE – DIRECTIVO - PAAE ANTIGÜEDAD: _____

ESPECIALIDAD MÉDICA: _____ CLÍNICA DE ADSCRIPCIÓN: _____

TÉLEFONO CEL: _____ MUNICIPIO: _____ FECHA DD / MM /AAAA

Sin otro particular, le anticipo mi sincero agradecimiento por las atenciones a la presente.

A T E N T A M E N T E

C.- NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ELABORA

- *REQUISITOS: 5 TANTOS DEL DICTAMEN ANTERIOR EMITIDO POR LA S.E.V -- ORIGINAL Y 4 TANTOS DEL RESUMEN CLÍNICO (VIGENTE NO MAYOR A 21 DIAS) -- 5 TANTOS DE LOS TALONES DE PAGO DE TODAS LAS CLAVES QUE LABORA, ORIGINAL Y COPIA DE ESTA SOLICITUD.
- *INDISPENSABLE LLENAR TODOS LOS ESPACIOS (PUEDE LLENAR EL INTERESADO, REPRESENTANTE O FAMILIAR)
- *INDISPENSABLE DEJAR EL ORIGINAL DE ESTE FORMATO Y LLEVARSE LA COPIA FIRMADA Y SELLADA ASÍ VENGAN EN PAQUETES DE LAS OFICINAS DE LAS SOP O DE LAS DELEGACIONES.
- *PARA RECOGER CADA TRÁMITE DEBEN PRESENTAR COPIA DE ESTA SOLICITUD E IDENTIFICACIÓN ASÍ VENGAN EN PAQUETES DE LAS OFICINAS DE LAS SOP O DE LAS DELEGACIONES.

NOTA IMPORTANTE: SOLO SE LE ENTREGARÁ EL DICTAMEN A QUIEN PRESENTE EL ACUSE DE RECIBO (COPIA DE ESTA SOLICITUD) HAYA TRAMITADO O NO

TELEFONOS: 83 33 27 77 08 - 22 83 65 69 23 - 22 81 00 53 50 - 74 43 39 09 32

SOLICITUD DE TRÁMITE PARA ACUERDO PRESIDENCIAL

C. PROFR. DANIEL COVARRUBIAS LÓPEZ
SECRETARIO GENERAL DE LA SECCIÓN 32 DEL S.N.T.E.
P R E S E N T E.

FOLIO: _____

AT'N. ING. RAFAEL DE JESÚS ÁBREGO ARENAS
SECRETARIO DE PREVISIÓN SOCIAL

EL (la) que suscribe, C. NOMBRE DEL INTERESADO EN EL TRÁMITE se dirige a usted de la manera más atenta y respetuosa para solicitar su valiosa intervención ante quien corresponda a fin de que se me realice el **TRÁMITE DE ACUERDO PRESIDENCIAL NO. _____ RECOMENDADO EN EL RESUMEN CLÍNICO EMITIDO POR LA UNIDAD MÉDICA, CLINICA U HOSPITAL DEL ISSSTE: _____** Y CON INCAPACIDADES DEL _____ AL _____ con los siguientes datos:

FILIACIÓN: _____ CLAVE(S) PRESUPUESTAL(ES): _____

NIVEL ESCOLAR: _____ ZONA ESCOLAR: _____

CENTRO DE TRABAJO: _____ REGIÓN SINDICAL: _____

SECTOR SINDICAL: _____ DELEGACIÓN SINDICAL: _____

ACTIVIDAD QUE DESEMPEÑA: DOCENTE – DIRECTIVO - PAAE ANTIGÜEDAD: _____

ESPECIALIDAD MÉDICA: _____ CLÍNICA DE ADSCRIPCIÓN: _____

TÉLEFONO CEL: _____ MUNICIPIO: _____ FECHA DD / MM / AAAA

Sin otro particular, le anticipo mi sincero agradecimiento por las atenciones a la presente.

A T E N T A M E N T E

C. NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ELABORA

- *REQUISITOS: 5 TANTOS DEL DICTAMEN ANTERIOR EMITIDO POR LA S.E.V -- ORIGINAL Y 4 TANTOS DEL RESUMEN CLÍNICO (VIGENTE NO MAYOR A 21 DIAS) -- 5 TANTOS DE LOS TALONES DE PAGO DE TODAS LAS CLAVES QUE LABORA, ORIGINAL Y COPIA DE ESTA SOLICITUD.
- *INDISPENSABLE LLENAR TODOS LOS ESPACIOS (PUEDE LLENAR EL INTERESADO, REPRESENTANTE O FAMILIAR)
- *INDISPENSABLE DEJAR EL ORIGINAL DE ESTE FORMATO Y LLEVARSE LA COPIA FIRMADA Y SELLADA ASÍ VENGAN EN PAQUETES DE LAS OFICINAS DE LAS SOP O DE LAS DELEGACIONES.
- *PARA RECOGER CADA TRÁMITE DEBEN PRESENTAR COPIA DE ESTA SOLICITUD E IDENTIFICACIÓN ASÍ VENGAN EN PAQUETES DE LAS OFICINAS DE LAS SOP O DE LAS DELEGACIONES.

NOTA IMPORTANTE: SOLO SE LE ENTREGARÁ EL DICTAMEN A QUIEN PRESENTE EL ACUSE DE RECIBO (COPIA DE ESTA SOLICITUD) HAYA TRAMITADO O NO

TELEFONOS: 83 33 27 77 08 - 22 83 65 69 23 - 22 81 00 53 50 - 74 43 39 09 32

SOLICITUD DE TRÁMITE PARA CAMBIO DE ACTIVIDAD

C. PROFR. DANIEL COVARRUBIAS LÓPEZ
SECRETARIO GENERAL DE LA SECCIÓN 32 DEL S.N.T.E.
P R E S E N T E.

FOLIO: _____

AT'N. ING. RAFAEL DE JESÚS ÁBREGO ARENAS
SECRETARIO DE PREVISIÓN SOCIAL

EL (la) que suscribe, C. NOMBRE DEL INTERESADO EN EL TRÁMITE se dirige a usted de la manera más atenta y respetuosa para solicitar su valiosa intervención ante quien corresponda a fin de que se me realice una **PRÓRROGA DE CAMBIO DE ACTIVIDAD RECOMENDADO EN EL RESUMEN CLÍNICO EMITIDO POR LA UNIDAD MÉDICA, CLÍNICA U HOSPITAL DEL ISSSTE:** _____ en base a los siguientes datos:

FILIACIÓN: _____ CLAVE(S) PRESUPUESTAL(ES): _____

NIVEL ESCOLAR: _____ ZONA ESCOLAR: _____

CENTRO DE TRABAJO: _____ REGIÓN SINDICAL: _____

SECTOR SINDICAL: _____ DELEGACIÓN SINDICAL: _____

ACTIVIDAD QUE DESEMPEÑA: DOCENTE – DIRECTIVO - PAAE ANTIGÜEDAD: _____

ESPECIALIDAD MÉDICA: _____ CLÍNICA DE ADSCRIPCIÓN: _____

TÉLEFONO CEL: _____ MUNICIPIO: _____ FECHA DD / MM /AAAA

Sin otro particular, le anticipo mi sincero agradecimiento por las atenciones a la presente.

A T E N T A M E N T E

C. NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ELABORA

***REQUISITOS:** ORIGINAL Y 4 TANTOS DEL RESUMEN CLÍNICO (VIGENTE NO MAYOR A 21 DIAS) -- 5 TANTOS DE LOS TALONES DE PAGO DE TODAS LAS CLAVES QUE LABORA, ORIGINAL Y COPIA DE ESTA SOLICITUD.

***INDISPENSABLE LLENAR TODOS LOS ESPACIOS (PUEDE LLENAR EL INTERESADO, REPRESENTANTE O FAMILIAR)**

***INDISPENSABLE DEJAR EL ORIGINAL DE ESTE FORMATO Y LLEVARSE LA COPIA FIRMADA Y SELLADA ASÍ VENGAN EN PAQUETES DE LAS OFICINAS DE LAS SOP O DE LAS DELEGACIONES.**

***PARA RECOGER CADA TRÁMITE DEBEN PRESENTAR COPIA DE ESTA SOLICITUD E IDENTIFICACIÓN ASÍ VENGAN EN PAQUETES DE LAS OFICINAS DE LAS SOP O DE LAS DELEGACIONES.**

NOTA IMPORTANTE: SOLO SE LE ENTREGARÁ EL DICTAMEN A QUIEN PRESENTE EL ACUSE DE RECIBO (COPIA DE ESTA SOLICITUD) HAYA TRAMITADO O NO

TELEFONOS: 83 33 27 77 08 - 22 83 65 69 23 - 22 81 00 53 50 - 74 43 39 09 32

SOLICITUD DE TRÁMITE PRÓRROGA DE ACUERDO PRESIDENCIAL

C. PROFR. DANIEL COVARRUBIAS LÓPEZ
SECRETARIO GENERAL DE LA SECCIÓN 32 DEL S.N.T.E.
P R E S E N T E.

FOLIO: _____

AT'N. ING. RAFAEL DE JESÚS ÁBREGO ARENAS
SECRETARIO DE PREVISIÓN SOCIAL

EL (la) que suscribe, C. NOMBRE DEL INTERESADO EN EL TRÁMITE se dirige a usted de la manera más atenta y respetuosa para solicitar su valiosa intervención ante quien corresponda a fin de que se me realice el **TRÁMITE DE PRÓRROGA DE ACUERDO PRESIDENCIAL NO. _____ RECOMENDADO EN EL RESUMEN CLÍNICO EMITIDO POR LA UNIDAD MÉDICA, CLINICA U HOSPITAL DEL ISSSTE:** _____ con los siguientes datos:

FILIACIÓN: _____ CLAVE(S) PRESUPUESTAL(ES): _____

NIVEL ESCOLAR: _____ ZONA ESCOLAR: _____

CENTRO DE TRABAJO: _____ REGIÓN SINDICAL: _____

SECTOR SINDICAL: _____ DELEGACIÓN SINDICAL: _____

ACTIVIDAD QUE DESEMPEÑA: DOCENTE – DIRECTIVO - PAAE ANTIGÜEDAD: _____

ESPECIALIDAD MÉDICA: _____ CLÍNICA DE ADSCRIPCIÓN: _____

TÉLEFONO CEL: _____ MUNICIPIO: _____ FECHA DD / MM / AAAA

Sin otro particular, le anticipo mi sincero agradecimiento por las atenciones a la presente.

A T E N T A M E N T E

C. NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ELABORA

- *REQUISITOS: 5 TANTOS DEL DICTAMEN ANTERIOR EMITIDO POR LA S.E.V -- ORIGINAL Y 4 TANTOS DEL RESUMEN CLÍNICO (VIGENTE NO MAYOR A 21 DIAS) -- 5 TANTOS DE LOS TALONES DE PAGO DE TODAS LAS CLAVES QUE LABORA, ORIGINAL Y COPIA DE ESTA SOLICITUD.
- *INDISPENSABLE LLENAR TODOS LOS ESPACIOS (PUEDE LLENAR EL INTERESADO, REPRESENTANTE O FAMILIAR)
- *INDISPENSABLE DEJAR EL ORIGINAL DE ESTE FORMATO Y LLEVARSE LA COPIA FIRMADA Y SELLADA ASÍ VENGAN EN PAQUETES DE LAS OFICINAS DE LAS SOP O DE LAS DELEGACIONES.
- *PARA RECOGER CADA TRÁMITE DEBEN PRESENTAR COPIA DE ESTA SOLICITUD E IDENTIFICACIÓN ASÍ VENGAN EN PAQUETES DE LAS OFICINAS DE LAS SOP O DE LAS DELEGACIONES.

NOTA IMPORTANTE: SOLO SE LE ENTREGARÁ EL DICTAMEN A QUIEN PRESENTE EL ACUSE DE RECIBO (COPIA DE ESTA SOLICITUD) HAYA TRAMITADO O NO

TELEFONOS: 83 33 27 77 08 - 22 83 65 69 23 - 22 81 00 53 50 - 74 43 39 09 32