

DEPARTAMENTO DE PRESTACIONES

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO, ESTÍMULO, GRATIFICACIÓN O BECA

I. DATOS DE LA SOLICITUD (Llenaren tinta azul, con mayúsculas, minúsculas y acentuado)

LUGAR:

FECHA:

ESTÍMULOS Y RECOMPENSAS DE 10 A 50 AÑOS, PROMOCION: 2025

II. TIPO DE PERSONAL

PERSONAL DOCENTE Y DIRECTIVO

PERSONAL DE APOYO Y ASISTENCIA A LA EDUCACION

III. RECONOCIMIENTO, ESTIMULO, GRATIFICACIÓN, O BECA QUE SOLICITA

Rafael Ramírez (1)

Gratificación de 25 a 30 Años de Servicio (2)

Desempeño (3)

Puntualidad y Asistencia (4)

Becas para Hijos con Capacidades Diferentes (5)

Antigüedad en el servicio (6)

Becas por Aprovechamiento (7)

IV. DATOS PERSONALES DEL TRABAJADOR

NOMBRE:

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S)

FILIACIÓN

CURP

DOMICILIO PARTICULAR:

CALLE Y No.

COLONIA

C.P.

POBLACIÓN

MUNICIPIO

ESTADO

CORREO ELECTRÓNICO

TELÉFONO

V. DATOS LABORALES

ADSCRIPCIÓN:

NOMBRE DEL CENTRO DE TRABAJO

C.C.T.

ZONA ESCOLAR

DOMICILIO

POBLACIÓN

MUNICIPIO

ESTADO

TELÉFONO

FECHA DE INGRESO A LA SEP.

ANTIGÜEDAD EN EL SERVICIO: AÑOS

CATEGORIA:

CLAVE DE PLAZA(S)

JUBILACIÓN EN TRÁMITE: SI NO

FECHA TÉRMINO PRE JUBILATORIO:

VI. DATOS PERSONALES DEL HIJO DEL TRABAJADOR (Llenar en caso de solicitar Beca por Aprovechamiento o con Capacidades Diferentes) ciclo escolar

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S)

SEXO: M F

Aprovechamiento

Cap. Dif.

Fecha de Nacimiento

R.F.C.

Día

Mes

Año

6

7

DATOS DE LA ESCUELA DONDE EL ALUMNO CONCLUYÓ EL CICLO ESCOLAR

Nombre de la Escuela y Centro de Trabajo

Municipio

Nivel Educativo

Primaria

Secundaria

Medio Superior

Superior

PROMEDIO

Grado/Semestres

ESPECIFICAR LA CAPACIDAD DIFERENTE:

INSTITUCIÓN OFICIAL DE SALUD QUE EMITE DICTAMEN:

REQUIERE DE LENTES SI NO

REQUIERE APARATO ORTOPEDICO SI NO

ESPESIFIQUE:

VII. DOCUMENTACIÓN QUE SE DEBE ANEXAR, SEGÚN LO SOLICITADO EN EL APARTADO TRES (III)

	1	2	3	4	5	6	7		1	2	3	4	5	6	7
*Constancia de Antigüedad Original y reciente (Decanato) y para personal activo y jubilado						X		*Constancia Laboral que especifique grado y grupo que atiende							
*Fotocopia del ultimo talón de pago (Qna. Ordinaria)						X		*Propuesta Escrita de jefe Inmediato Superior							
*Identificación oficial (INE) vigente en copia ampliificada a media carta						X		*Firma en la Solicitud del Representante Sindical						X	
*Fotocopia de acta de nacimiento y CURP						X		*Firma en la Solicitud del Titular del C.C.T.						X	
*Fotocopia de acta de nacimiento o documento legal del hijo correspondiente, cotejado contra original por el Titular del C. T.								*Firma en la Solicitud del Interesado						X	
*Dictamen Médico Original firmado y sellado; emitido por el ISSTE, CREE Y DIFE con vigencia máxima de seis meses a partir de la fecha de su expedición, según (inciso d) convocatoria vigente								*Para Educación Básica, anexar fotocopia del reporte de evaluación con promedio de 8.5 ciclo escolar y constancia original de estudios del alumno que se encuentra inscrito en el nivel correspondiente *Para Educación Media y Superior constancia original que especifique, Ciclo escolar 2023-2024, clave del Centro de Trabajo, alumno regular con promedio mínimo de 8.5, firma y sello original de la autoridad competente.							

VIII. Por este conducto solicito el reconocimiento, estímulo, gratificación o beca señalada, manifestando que tengo conocimiento de los requisitos para su otorgamiento y en caso de ser autorizado el pago correspondiente y falleciera antes de recibirlo, SEÑALO COMO BENEFICIARIO(S) PARA QUE LO RECIBA(N) A: (NO APLICA PARA ESTIMULO DE PUNTUALIDAD Y ASISTENCIA).

IX INTERESADO

AVISO DE PRIVACIDAD Los datos personales recabados por los Servicios Educativos Integrados al Estado de México a través de la Dirección de Administración y Desarrollo de Personal para otorgar las prestaciones económicas, de seguridad social y laborales previstas en la ley y la normatividad vigente, a las que tienen derecho cada trabajador, están protegidos por la Ley de Protección de Datos Personales del Estado de México. El acceso a la información personal está limitado solo a aquellas unidades administrativas, agrupaciones sindicales o Institucionales que requieran estos datos por la relación que tengan con este organismo. El aviso de Privacidad completo, podrá ser consultado en la pagina [www.seiem.gob.mx](#)

X. FIRMA DEL TRABAJADOR

XI. REPRESENTANTE SINDICAL

XII. TITULAR DEL C.C.T.

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

Boulevard Isidro Fabela Sur núm. 400-B, segundo piso, colonia Barrio de San Sebastián, C. P. 50090, Toluca, Estado de México. Telefono: 722 265 12 00, exts.: 1214 y 1254 Pagina web : [seiem.gob.mx](#)