

ACUERDO PRESIDENCIAL 754

Es una prestación que tienen los docentes (no aplica para PAAE) que consiste en otorgarles una licencia con goce de sueldo por un tiempo determinado, en caso de que padezcan alguna enfermedad que les impida desempeñar sus funciones.

La duración de la licencia es de 180 días, y se puede solicitar una prórroga de otros 180 días si persiste la enfermedad.

La solicitud se debe realizar con al menos 30 días de anticipación

TRAMITE 1: Solicitud de valoración médica del ISSSTE.

Requisitos:

- CONTAR CON UN MÍNIMO DE 15 AÑOS DE ANTIGÜEDAD EN EL SERVICIO DOCENTE.
- ORIGINAL Y COPIA DE LA SOLICITUD DEL EXPEDIENTE CLÍNICO DIRIGIDO AL SECRETARIO GENERAL - REQUISITADO POR EL INTERESADO. (ANEXO 1).
- 3 COPIAS DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR, CURP Y COMPROBANTE DE DOMICILIO.
- CONSTANCIA DE ANTIGÜEDAD LABORAL - LA CONSTANCIA DEBE DETALLAR EL TOTAL DE AÑOS DE SERVICIO INCLUSO SI NO SE HAN CUBIERTO EN LA ESCUELA ACTUAL. (EMITIDA POR SU JEFE INMEDIATO)
- 3 COPIAS EL ÚLTIMO TALÓN DE PAGO.

Nota Importante:

Los requisitos para la Solicitud de valoración médica del ISSSTE pueden variar según la clínica correspondiente

Una vez recabada la documentación necesaria, el interesado deberá entregarla con su secretario regional que actuará como intermediario entre el trabajador y el director de la clínica para solicitar la valoración médica (resumen clínico). A la documentación previa se deberá anexar lo siguiente al momento de hacer la solicitud:

- ORIGINAL Y COPIA DE LA SOLICITUD DE VALORACIÓN MÉDICA DIRIGIDA AL DIRECTOR DE LA CLÍNICA – REQUISITADA POR EL SECRETARIO REGIONAL (ANEXO 2).

Al final de este trámite usted deberá tener:

1. El dictamen de la clínica en el que conste la imposibilidad de trabajar y el periodo probable de recuperación.
2. El resumen clínico donde se detalla la información sobre su padecimiento.

TRÁMITE 2: Solicitud de Acuerdo Presidencial ante el área de Recursos Humanos.

Una vez que el interesado cuenta con su documentación se deberá tramitar su Acuerdo Presidencial ante el área de Recursos Humanos de la Secretaría de Educación de Veracruz.

Requisitos:

- Original y tres copias del Dictamen de la clínica.
- Original y tres copias del Resumen clínico.
- 3 copias del INE
- 3 copias del talón de cheques.

DOCUMENTO SOPORTE (CON LOS DATOS DEL TRABAJADOR, COLOCAR EN OBSERVACIONES “ACUERDO PRESIDENCIAL” Y FIRMAR CON TINTA AZUL). ANEXO 3.

_____, Ver. a ____ de _____ del 202____.

ASUNTO: SOLICITUD DE VALORACIÓN MÉDICA PARA EFECTOS DE TRÁMITE DE ACUERDO PRESIDENCIAL

C. MTRO. R. ALEJANDRO CUCURACHI DURAN
SECRETARIO GENERAL DEL S.I.A.T.E.M.
P R E S E N T E

El(a) suscrito(a), C. _____ se dirige a usted respetuosamente para solicitar su valiosa intervención ante quien corresponda, a fin de que se me realice una VALORACIÓN MÉDICA, y de acuerdo al resultado Médico se me proporcione el Certificado Médico correspondiente, en base a los siguientes datos:

FILIACIÓN: _____ CURP: _____

CLAVE PRESUPUESTAL (ES): _____

CENTRO DE TRABAJO: _____

CLAVE DEL CT.: _____ NIVEL EDUCATIVO: _____

ZONA: _____ SECTOR: _____ CATEGORIA: _____

ACTIVIDAD QUE DESEMPEÑA: _____

ANTIGÜEDAD: _____ CLINICA DE ADSCRIPCIÓN: _____

ESPECIALIDAD MÉDICA: _____

MÉDICO TRATANTE: _____

VALORACIÓN (DIAGNOSTICO): _____

TELEFONO DE CASA CON LADA: _____ CELULAR: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

Sin otro particular, le anticipamos nuestro sincero agradecimiento por las atenciones al presente y aprovecho la oportunidad para enviarle un afectuoso saludo.

A T E N T A M E N T E:

ASUNTO: SOLICITUD DE VALORACIÓN MÉDICA
PARA TRÁMITE DE ACUERDO PRESIDENCIAL

C. DR. _____

DIRECTOR DE LA CLINICA _____

P R E S E N T E:

La suscrita C. LIZBETH LOPEZ BARRADAS, Secretaria de la Región I Veracruz del Sindicato Integrador Alternativo de los Trabajadores de la Educación en México (**S.I.A.T.E.M.**), por medio de este conducto me dirijo a usted respetuosamente para solicitar su valiosa intervención a fin de que se realice una VALORACIÓN MÉDICA, y de acuerdo al resultado Médico se proporcione el Certificado Médico correspondiente al siguiente compañero agremiado a esta Organización, con base en los siguientes datos:

FILIACIÓN: _____ CURP: _____

CLAVE PRESUPUESTAL (ES): _____

CENTRO DE TRABAJO: _____

CLAVE: _____ NIVEL EDUCATIVO: _____

ZONA ESCOLAR: _____ SECTOR: _____ CATEGORIA: _____

ACTIVIDAD QUE DESEMPEÑA: _____

ANTIGÜEDAD: _____ CLINICA DE ADSCRIPCIÓN: _____

ESPECIALIDAD MÉDICA: _____

MÉDICO TRATANTE: _____

VALORACIÓN (DIAGNOSTICO): _____

TELEFONO DE CASA CON LADA: _____ CELULAR: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

Sin otro particular, le anticipo mi más sincero agradecimiento por las atenciones al presente y aprovecho la oportunidad para enviarle un afectuoso saludo.

A T E N T A M E N T E:

SECRETARIA GENERAL DE LA REGIÓN

TEL.

DEL S.I.A.T.E.M.

CORREO:

"Unidos haremos historia, por un sindicato libre de corrupción"

L.E.P.I.B. Jonathan Andrade Hernández
Director de Recursos Humanos

Xalapa, Veracruz, a _____ de _____ 2023

Nombre: _____
Filiación (R.F.C.): _____ Tel.: _____
Correo electrónico: _____

HOJA ÚNICA DE SERVICIOS POR:		CONSTANCIAS:	Reporte Oficial para
Defunción <input type="checkbox"/>	Cambio de Estado <input type="checkbox"/>	Evolución Salarial <input type="checkbox"/>	uso Exclusivo
Renuncia <input type="checkbox"/>	Jubilación <input type="checkbox"/>	Ramo y Pagaduría <input type="checkbox"/>	FOVISSTE <input type="checkbox"/>
Duplicado <input type="checkbox"/>	Comprobación de Antigüedad ante el ISSSTE <input type="checkbox"/>		FECHA DE BAJA:
Observaciones:			

He leído y estoy de acuerdo con los términos del aviso de protección de Datos Personales

FIRMA

Xalapa, Veracruz, a _____ de _____ 2023

L.E.P.I.B. Jonathan Andrade Hernández
Director de Recursos Humanos

Nombre: _____
Filiación (R.F.C.): _____ Tel.: _____
Correo electrónico: _____

HOJA ÚNICA DE SERVICIOS POR:		CONSTANCIAS:	Reporte Oficial para
Defunción <input type="checkbox"/>	Cambio de Estado <input type="checkbox"/>	Evolución Salarial <input type="checkbox"/>	uso Exclusivo
Renuncia <input type="checkbox"/>	Jubilación <input type="checkbox"/>	Ramo y Pagaduría <input type="checkbox"/>	FOVISSTE <input type="checkbox"/>
Duplicado <input type="checkbox"/>	Comprobación de Antigüedad ante el ISSSTE <input type="checkbox"/>		FECHA DE BAJA:
Observaciones:			

He leído y estoy de acuerdo con los términos del aviso de protección de Datos Personales

FIRMA

Sujeto a revisión

Sujeto a revisión