

CAMBIO DE ACTIVIDAD

TRAMITE 1: Solicitud de valoración médica del ISSSTE.

Requisitos:

- ✓ 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.
- ✓ DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES (DEBERÁ SEÑALAR TODO LO QUE HACE EL TRABAJADOR DENTRO DE SU JORNADA LABORAL) CON FIRMA Y SELLO - EMITIDA POR SU JEFE INMEDIATO.
- ✓ CONSTANCIA DE ANTIGÜEDAD LABORAL - LA CONSTANCIA DEBE DETALLAR EL TOTAL DE AÑOS DE SERVICIO INCLUSO SI NO SE HAN CUBIERTO EN LA ESCUELA ACTUAL.
- ✓ 3 COPIAS EL ÚLTIMO TALÓN DE PAGO.
- ✓ FOTOCOPIA DE RATIFICACIÓN EMITIDA POR EL SUBDIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS (ÚNICAMENTE PARA CASOS DE SOLICITUD DE PRÓRROGA DE CAMBIO DE ACTIVIDAD).

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).

TRÁMITE 2: Solicitud de cambio de actividad.

Una vez que el interesado cuenta con un resumen clínico del ISSSTE que indica que no es apto para su función actual, se deberá tramitar el cambio de actividad ante el área de Recursos Humanos de la Secretaría de Educación de Veracruz.

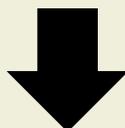
Requisitos:

- ✓ ORIGINAL Y COPIA DEL RESUMEN CLÍNICO DEL ISSSTE FIRMADO Y SELLADO POR EL DIRECTOR DE LA CLÍNICA.
- ✓ 3 COPIAS DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR
- ✓ 3 COPIAS EL ÚLTIMO TALÓN DE PAGO.
- ✓ DOCUMENTO SOPORTE (CON LOS DATOS DEL TRABAJADOR, COLOCAR EN OBSERVACIONES “CAMBIO DE ACTIVIDAD” Y FIRMAR CON TINTA AZUL). ANEXO 3

Si desea hacerlo de manera personal, se deberá entregar en ventanilla 13 o 14 del área de recursos humanos de la SEV.

Para realizar el trámite mediante gestión sindical ponerse en contacto con el Prof. Jesús Renahud Cervantes de la Cruz Tel: 2821199228.

Anexos



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

ASUNTO: SOLICITUD DE VALORACIÓN MÉDICA PARA EFECTOS DE TRÁMITE DE CAMBIO DE ACTIVIDAD

**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 CAMBIO DE ACTIVIDAD

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): _____

TELÉFONO 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:

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