

ESTÍMULOS POR ANTIGÜEDAD SOLICITUD 2025

Estímulo solicitado por:

☐

10 AÑOS

☐

15 AÑOS

☐

20 AÑOS

☐

35 AÑOS

☐

45 AÑOS

DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR:

FILIACIÓN:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CURP:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Favor de utilizar **mayúsculas y minúsculas acentuadas sin abreviaturas**

NOMBRE:

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

DATOS DE CONTACTO:

Teléfono celular y fijo

Correo Electrónico

CENTRO DE TRABAJO:

0	9										
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Clave del Centro de Trabajo

Nombre del Centro de Trabajo

Teléfono

En caso de cobrar en un Centro de Trabajo diferente a donde labora físicamente, indicar cuál es:

0	9										
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Clave del Centro de Trabajo

PLAZA QUE DESEMPEÑA ACTUALMENTE:

(En caso de contar con varias claves, anotar la de mayor número de horas)

1	1	0	0	7															
---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FUNCIÓN:

JUBILADO:

NO

☐

SI

☐

FECHA DE BAJA:

JUBILACIÓN EN TRÁMITE:

☐

FECHA DE TÉRMINO DE LIC. PREJUBILATORIA:

DESCUENTO POR PENSIÓN ALIMENTICIA:

NO

☐

SI

☐

FECHA DE INGRESO A LA S.E.P.

Día

Mes

Año

DOCUMENTACIÓN QUE ANEXA

- ☐ Primer nombramiento
- ☐ Hoja Única de Servicios
(Sólo casos indicados en convocatoria)
- ☐ Copia de Acta de Nacimiento
- ☐ Último comprobante de Pago
- ☐ Copia de Identificación oficial vigente
- ☐ Licencia prejubilatoria y/o Hoja Única de Servicios cerrada
- ☐ Oficios de comisión

SI CONTÓ CON LICENCIAS SIN GOCE DE SUELDO, ANOTE LOS PERIODOS

Tipo de Licencia	Inicio			Término		
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

En el caso que se me otorgara dicho premio y falleciese antes de recibirlo, **señalo como único beneficiario (a) facultado (a) para que lo reciba a:**

(Anotar Nombre Completo en Mayúsculas y Minúsculas)

Firma del Trabajador

Para garantizar la información registrada, favor de firmar al final del nombre del beneficiario.

Por este conducto solicito el premio señalado anteriormente; manifestando que tengo conocimiento de los requisitos para su otorgamiento, declaro bajo protesta el **no haber recibido con anterioridad dicho premio y la veracidad de los datos asentados en la presente solicitud**; ya que al falsear información incurro en un delito federal.

SOLICITANTE	RECIBE	SELLO DE LA DEPENDENCIA
Nombre:	Nombre:	
Lugar:	Lugar:	
Fecha:	Fecha:	
Firma:	Firma:	

Esta solicitud es gratuita

Cualquier aclaración sobre el resultado de su gestión deberá solicitarla en la Coordinación General de Recursos Humanos, Dirección General o Coordinación Sectorial que corresponda.

Cualquier comunicado relacionado al Estímulo por Antigüedad en el Servicio Público será publicado en la página: www.aefcm.gob.mx