|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| C:\Users\de la cruzh.cynthia\Desktop\C. Social Logos\mercadotecnia\ESCUDO GOBIERNO.png | | Coordinación de Administración y Finanzas | | | | C:\Users\de la cruzh.cynthia\Desktop\C. Social Logos\mercadotecnia\EDOMEX.png | | |
| **SOLICITUD DE CONSTANCIA PARA AFILIACIÓN Y ATENCIÓN** MÉDICA PARA PERSONAL EVENTUAL | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 1/ Toluca de Lerdo, Estado de México a \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_\_. | | | | | | | | |
| **LUIS ALBERTO GUTIÉRREZ ÁLVAREZ**  **ENCARGADO DEL DEPARTAMENTO**  **DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL**  **P R E S E N T E** | | | | | | | | |
| Por este medio solicito a usted me sea otorgada la “Constancia” del tiempo que tengo laborando en este Instituto, para realizar el trámite de “Afiliación y Atención Médica”, para lo cual proporciono los siguientes datos: | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 2/ Nombre completo: | | |  | | | | | | | | | | | | | 3/ Domicilio: |  | | | | | | | | | | | | | | | 4/ Colonia: |  | | | | | | 5/ Ciudad: |  | | | | 6/ Estado: |  | | | 7/ Teléfono fijo o celular: | | | |  | | | | | | | | | | | | 8/ Última categoría como trabajador eventual en el ISSEMyM: | | | | | | | | | | |  | | | | | 9/ Clave ISSEMyM (10 dígitos): | | | | | |  | | | | 10/ Fecha de ingreso al ISSEMyM: | | | |  | | 11/ Unidad o área de adscripción en su última contratación: | | | | | | | | |  | | | | | | | 12/ Motivo de la solicitud: | | | | |  | | | | | | | | | | | 13/ Observaciones: | |  | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sin más por el momento agradezco su atención, saludos cordiales. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **14/ Atentamente** | | | | **15/ Vo. Bo.** | | | | |
|  |  | |  |  |  | | |  |
|  | Nombre completo y firma de la o del solicitante. | |  |  | Nombre completo y firma de la o del responsable  del personal de la unidad médica o administrativa. | | |  |
|  |  | |  |  | 16/ Fecha de enterado: | |  |  |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | 17/ Periodo de Contratación Eventual: | | | 18/ Fecha de entrega del documento: | | | |  |
|  |  | |  | |  | | |  |
| **NOTAS:**  1. Cuando se ingrese la solicitud por primera vez, deberá anexar copia del talón de cheque y/o comprobante de pago de la quincena anterior.  **2.** Para extender la constancia deberá contar con el visto bueno del responsable de personal de la unidad médica o administrativa, con la finalidad de que esté  enterado de la emisión de la misma.  **3.** No se pueden cancelar las contrataciones de periodos previamente establecidos, si por algún motivo no se cumple con el periodo de contratación señalado, por parte de la o el solicitante y la persona responsable de la contratación no informa en tiempo y forma a la unidad administrativa correspondiente, ambos tendrán responsabilidad de los efectos legales y/o administrativos que sean procedentes. | | | | | | | | |

**17 000 00L/197/20**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Instructivo para llenar el formato**: Solicitud de Constancia para Afiliación y Atención Médica para Personal Eventual. | | |
| **Objetivo:** Llevar el control de la expedición de constancias para afiliación y atención médica, al personal suplente y de contrato. | | |
| **Distribución y destinatario:** El formato se genera en original y copia, el original se resguarda en el Departamento de Administración de Personal y la copia se entrega a la o el solicitante. | | |
| **Clave:** 17 000 00L/197/20. | | |
| **Núm.** | **Concepto** | **Descripción** |
| 1 | Toluca de Lerdo, Estado de México a | Anotar día, mes y año de elaboración de la solicitud. |
| 2 | Nombre completo | Escribir el apellido paterno, materno y nombre(s) de la o del solicitante. |
| 3 | Domicilio completo | Indicar el nombre de la calle, número exterior e interior de la o  del solicitante. |
| 4 | Colonia | Asentar el nombre completo de la colonia, donde se ubica el domicilio de la o del solicitante. |
| 5 | Ciudad | Registrar el municipio, delegación y/o ciudad donde se encuentra el domicilio de la o del solicitante. |
| 6 | Estado | Anotar el nombre del estado donde se ubica el domicilio de la o  del solicitante. |
| 7 | Teléfono fijo y/o celular | Escribir el número de teléfono fijo y/o celular de la o del solicitante. |
| 8 | Última categoría como trabajador eventual en el ISSEMyM | Asentar la última categoría que se encuentra cubriendo como personal eventual (suplente o de contrato) en el ISSEMyM. |
| 9 | Clave ISSEMyM | Registrar la clave ISSEMyM (10 dígitos). |
| 10 | Fecha de ingreso al ISSEMyM | Anotar día, mes y año de ingreso al ISSEMyM de la o del solicitante. |
| 11 | Unidad o área de adscripción en su  última contratación | Escribir el nombre completo de la unidad o área de adscripción. |
| 12 | Motivo de la solicitud | Asentar la siguiente leyenda: “Obtener constancia laboral del Departamento de Administración de Personal, para acudir a la Unidad de Atención al Derechohabiente correspondiente a solicitar Afiliación o Vigencia para Servicio Médico”. |
| 13 | Observaciones | Describir algún aspecto importante a considerar |
| 14 | Atentamente | Anotar nombre(s), apellido paterno, materno y asentar la firma de la o del solicitante (cuando entregue la solicitud deberá presentarse con una identificación oficial vigente). |
| LLENADO EXCLUSIVO POR LA O EL RESPONSABLE DE PERSONAL  DE LA UNIDAD MÉDICA O ADMINISTRATIVA | | |
| 15 | Vo. Bo. | Escribir nombre(s), apellido paterno, materno y asentar la firma de la o del responsable de personal de la unidad médica o administrativa. |
| 16 | Fecha de enterado | Anotar día, mes y año en el que se entera de la solicitud. |
| 17 | Periodo de Contratación Eventual | Registrar día, mes y año de inicio y término del periodo de contratación eventual (suplente o de contrato), de la o del solicitante. |
| 18 | Fecha de entrega del documento | Asentar día, mes y año en que se entrega la solicitud al Departamento de Administración de Personal. |