

# ESTÍMULOS POR ANTIGÜEDAD SOLICITUD 2023

**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, incurso 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 Dirección General Adjunta 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](http://www.aefcm.gob.mx)  
El presente documento digitalizado es fiel reproducción de su original que obra en poder de la Coordinación Sectorial de Educación Secundaria, concordando en todas y cada una de sus partes, mismas que se tuvieron a la vista, y se expide en la Ciudad de México, a los dieciseis días del mes de febrero del año dos mil veintitrés .