

**TRÁMITE GRATUITO**

**INFORMACIÓN GENÉRICA**

**DATOS DEL SOLICITANTE**

APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO				NOMBRE (S)		
R.F.C.			CORREO ELECTRÓNICO				(LADA) TELÉFONO PART. / CELULAR		
CALLE		Nº. EXT. /Nº. INT.		COLONIA		MUNICIPIO		C.P.	
EDAD:		GÉNERO:				MUJER:		HOMBRE:	

**INFORMACIÓN LABORAL**

DEPENDENCIA O ENTIDAD									
CLAVE DEL RAMO									
DÍA		MES				AÑO			
FECHA DE INGRESO A LA DEPENDENCIA DE ADSCRIPCIÓN									

**PLAZA / CLAVE (S) PRESUPUESTAL (ES)**

CÓD.	UNI.	SUB. UNIDAD	CATEGORÍA	HORAS	CONSECUTIVO	CÓD.	UNI.	SUB. UNIDAD	CATEGORÍA	HORAS	CONSECUTIVO

**EL SUSCRITO, BAJO PROTESTA DE DECIR LA VERDAD Y CON FUNDAMENTO EN EL ARTÍCULO 13 FRACCIÓN 1 Y 45 DEL REGLAMENTO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y VIVIENDA DE LA LEY DEL ISSSTE, SOLICITA EL OTORGAMIENTO DE SUBSIDIO POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD NO PROFESIONAL.**

		NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE	
		GUANAJUATO, GTO., DE DE .	
SELLO Y FIRMA DE RECIBIDO		FECHA DE RECEPCIÓN	

\*Todos los requisitos son indispensables para la realización de este trámite. Todos los campos de este formato deberán ser debidamente llenados. No se aceptarán si presentan tachaduras o enmendaduras o corrección alguna.

Es responsabilidad de los solicitantes el cumplimiento a los requisitos y el conocimiento de las disposiciones normativas aplicables al trámite solicitado.

\*La confidencialidad de los datos personales recabados será protegida por la Secretaría de Educación de Guanajuato, en atención a lo dispuesto en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública para el Estado de Guanajuato y la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado y los Municipios de Guanajuato; y la obtención de los mismos, tiene como finalidad de realizar un trámite por parte de esta dependencia. Así mismo, se le informa que sus datos personales no podrán ser difundidos sin su consentimiento expreso, salvo las excepciones previstas en la Ley.

\*El solicitante, es responsable de la veracidad de la información, por lo cual se da por enterado de las acciones que conllevan el proporcionar información falsa ante una autoridad en el ejercicio de sus funciones.\*

# Constancia de Subsidio por Accidente o Enfermedad no Profesional

## DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO

### OBJETIVO

Constancia para solicitar la prestación económica que otorga el ISSSTE por un accidente o enfermedad ajenos al trabajo, a partir de la fecha en que concluye la licencia médica con medio sueldo.

### LUGAR PARA REALIZAR EL TRÁMITE

Módulo de atención a usuarios de la DGNP

USAE del municipio

Delegación Regional

Centro de Trabajo Educativo

Supervisión Escolar

Oficinas Centrales

### CICLO DEL SERVICIO



### MAYORES INFORMES

Unidad PuenteCillas:  
Carretera Guanajuato-PuenteCillas  
Km 9.5 Guanajuato, Gto.  
Tel. (473) 73 51200



## TRÁMITE GRATUITO



### I. RESPONSABILIDAD DEL USUARIO PARA INGRESAR EL TRÁMITE

1. Solicitud del trámite debidamente llenada y firmada por el interesado.
2. Formato S-01 de subsidio del ISSSTE.
3. Licencias médicas selladas y cotejadas desde el inicio de la incapacidad.

### II. REQUISITOS PARA LA ENTREGA DEL TRÁMITE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES:

1. Original credencial INE .
2. Cartilla Militar.
3. Cédula Profesional.
4. Pasaporte Vigente.

### III. RESPUESTA DE ATENCIÓN DE SU TRÁMITE

1. Presentar Acuse de recibido.
2. Constancia de subsidio.

### INFORMACIÓN ADICIONAL

No aplica para trabajadores estatales, ni aquellos que se les haya otorgado Acuerdo Presidencial 754 y 529 o licencia por humanidad.

1. Al ingresar su trámite verifique que cumpla con la totalidad de los requisitos y en el orden establecido.
2. En caso de hacernos alguna sugerencia de mejora puede presentarla en: [n\\_ruizr@seg.guanajuato.gob.mx](mailto:n_ruizr@seg.guanajuato.gob.mx)



**HORARIO DE ATENCIÓN**  
de **lunes a viernes:**  
**09:00 a 15:00 hrs.**