

TRÁMITE GRATUITO

**DIRECTOR DE SEGURIDAD SOCIAL,
PRESENTE.**

Solicito Cita Red Médica por posible _____ .

DATOS DEL SOLICITANTE		
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
R.F.C.	CORREO ELECTRÓNICO	(LADA) TELÉFONO PART. / CELULAR

En espera de su acuerdo favorable al presente, quedo de Usted, como su atento (a) y seguro servidor (a).

ATENTAMENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL INTERESADO

"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. Asimismo, 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."

Solicitud Cita Red Médica

DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO

Subsecretaría de Recursos Humanos y Servicio Profesional Docente - Dirección General de Nómina y Prestaciones

OBJETIVO

Asegurar la prestación del trabajador con plaza estatal para el reconocimiento de un riesgo de trabajo o invalidez

LUGAR PARA REALIZAR EL TRÁMITE

Módulo de atención a usuarios de la DGNP

USAE del municipio

Centro de Trabajo Educativo

Supervisión Escolar

Oficinas Centrales

CICLO DEL SERVICIO



MAYORES INFORMES

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



TRÁMITE GRATUITO



I. RESPONSABILIDAD DEL USUARIO PARA INGRESAR EL TRÁMITE

CITA POR POSIBLE RIESGO DE TRABAJO

1. Original del formato exclusivo para Gobierno del Estado emitido por el ISSSTE.
2. Original del acta de hechos, suscrita por el jefe inmediato, dos testigos, interesado, firmada por cada uno, acompañada por las copias de sus identificaciones oficiales.
3. Copia simple de las licencias médicas a causa del riesgo de trabajo.

CITA POR POSIBLE INVALIDEZ.

1. Original del Resumen Clínico.
2. Copia de las licencias médicas a causa del padecimiento.

II. RESPUESTA DE ATENCIÓN DE SU TRÁMITE

1. Presentar Acuse de recibido.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Aplica únicamente personal activo.

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: g_rodriguezp@seg.guanajuato.gob.mx



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