



TRÁMITE GRATUITO

Guanajuato, Gto., a ____ de _____ de 20__.

PRESENTE

A nombre del trabajador **C.** _____

Con **R.F.C.**

Trabajador de esta Secretaría de Educación, quien causó baja por defunción o invalidez el día:
____ del mes de _____ del año 20__.

DATOS DEL SOLICITANTE

APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO					NOMBRE (S)									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
R.F.C.										CORREO ELECTRÓNICO					(LADA) TELÉFONO PART. / CELULAR									
PARENTESCO																								

*Uso exclusivo para personal Federal

NOMBRE Y FIRMA DEL INTERESADO

"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"

A C U S E - Formato de Expedición de Constancia de Sueldo (METLIFE)

Secretaría de Educación de Guanajuato
Subsecretaría de Administración y Finanzas
Dirección General de Desarrollo de Personal

ESTE TRÁMITE ES **COMPLETAMENTE GRATUITO**

NOMBRE DEL INTERESADO:

FOLIO:

LA RESPUESTA SERÁ ENVIADA AL CORREO ELECTRÓNICO PROPORCIONADO.

Solicitud de Expedición de Constancia de Sueldo (METLIFE)

DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO

Subsecretaría de Administración y Finanzas

Dirección General de Desarrollo de Personal

OBJETIVO

Que el trabajador o beneficiarios compruben el último sueldo percibido antes de comenzar los descuentos por las licencias médicas para el cobro de la suma asegurada.

LUGAR PARA REALIZAR EL TRÁMITE

Módulo de atención a usuarios de la DGDP

USAE del municipio

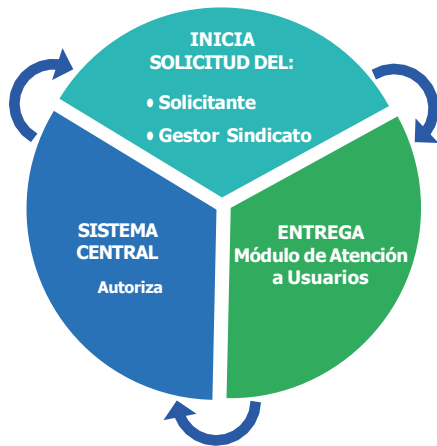
Delegación Regional

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

1. Constancia emitida por la aseguradora (Metlife)
2. Talón de pago a la fecha de baja.
3. Copia de la Hoja Única de Servicio Federal.

II. PRODUCTO DE LA SOLICITUD DE SU TRÁMITE

1. Constancia de Sueldo Metlife

Información adicional

-Solo se notificará la información solicitada en caso de ser solicitante beneficiario.

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 llamar al : **(473) 73 51200 ext. 1398 y 1335**



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