



**GOBIERNO DE  
MÉXICO**



**ISSSTE**  
INSTITUTO DE SEGURIDAD  
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
TRABAJADORES DEL ESTADO



**2020**  
AÑO DE  
**LEONA VICARIO**  
BENEMÉRITA MADRE DE LA PATRIA

DIRECCION DE ADMINISTRACION  
SUBDIRECCION DE PERSONAL  
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES  
DEPARTAMENTO DE TRÁMITES AL PERSONAL

RH-15  
Folio No. \_\_\_\_\_

## SOLICITUD DE TRÁMITE

### DATOS PERSONALES DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)	
R.F.C.:	CLAVE DE ADSCRIPCION:	No. EMPLEADO:	FECHA INGRESO:	FECHA BAJA:	
CURP:			CORREO ELECTRONICO:		
ADSCRIPCION:			PUESTO:		
DOMICILIO PARTICULAR:			TELEFONO		
COLONIA:		CIUDAD:		C.P.	

### TRAMITE REQUERIDO

<input type="checkbox"/>	CERTIFICACION DE SOLICITUD DE PRESTAMO	<input type="checkbox"/>	AYUDA POR IMPRESIÓN DE TESIS
<input type="checkbox"/>	CONSTANCIA DE SUELDO ACTUAL	<input type="checkbox"/>	COTEJO DE CEDULA DE FONAC
<input type="checkbox"/>	CONSTANCIA DE PERCEPCIONES Y DEDUCCIONES (DETALLAR AL REVERSO)	<input type="checkbox"/>	AYUDA POR MUERTE DE FAMILIAR DIRECTO
<input type="checkbox"/>	COMPROBANTE DE DESCUENTOS: (DETALLAR AL REVERSO)	<input type="checkbox"/>	PAGAS DE DEFUNCION
<input type="checkbox"/>	CONSTANCIA DE SERVICIOS PARA:	<input type="checkbox"/>	AYUDA DE LENTES
<input type="checkbox"/>	HOJA UNICA DE SERVICIOS PARA	<input type="checkbox"/>	CONSTANCIA DE EVOLUCION SALARIAL

### DOCUMENTOS QUE SE ANEXAN

<input type="checkbox"/>	COPIA DE ULTIMO TALON DE PAGO	<input type="checkbox"/>	COPIA DE RENUNCIA
<input type="checkbox"/>	ACTA DE DEFUNCION	<input type="checkbox"/>	LICENCIA PREJUBILATORIA
<input type="checkbox"/>	ACTA DE MATRIMONIO	<input type="checkbox"/>	COPIA DE LA CONCESION DE PENSION
<input type="checkbox"/>	ACTA DE NACIMIENTO	<input type="checkbox"/>	COPIA DE IDENTIFICACION OFICIAL
<input type="checkbox"/>	HOJA UNICA DE SERVICIOS	<input type="checkbox"/>	COPIA DE COMPROBANTE DE DOMICILIO
<input type="checkbox"/>	BAJA OFICIAL	<input type="checkbox"/>	OTROS: FACTURA Y RECETA MEDICA ORIGINALES



MES	AÑO	QNA. 1a	QNA. 2a	MES	AÑO	QNA. 1a	QNA. 2a
ENERO				ENERO			
FEBRERO				FEBRERO			
MARZO				MARZO			
ABRIL				ABRIL			
MAYO				MAYO			
JUNIO				JUNIO			
JULIO				JULIO			
AGOSTO				AGOSTO			
SEPTIEMBRE				SEPTIEMBRE			
OCTUBRE				OCTUBRE			
NOVIEMBRE				NOVIEMBRE			
DICIEMBRE				DICIEMBRE			

**OBSERVACIONES:**

---



---



---



---

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de datos personales denominado "Sistema Integral de Administración de Personal del Instituto de Seguridad y Servicios de los Trabajadores del Estado" (SIAPISSTE), con fundamento en los artículos 20 y 21 de la **Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental**, decimosexto, decimoséptimo, vigésimo octavo, vigésimo noveno, trigésimo primero, trigésimo segundo, trigésimo tercero de los **Lineamientos de protección de datos Personales**. La finalidad de recabar dicha documentación y datos personales es exclusiva para los procesos de la administración de personal del Instituto. El "SIAPISSTE" queda registrado en el Listado de sistemas de datos personales ante el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública ([www.ifai.org.mx](http://www.ifai.org.mx)) y podrán ser transmitidos a instancias correspondientes dentro del Instituto y a las autoridades competentes en materia de administración de personal con la finalidad de coadyuvar al ejercicio de las funciones propias de la Institución, además de otras transmisiones previas en la Ley. La Unidad Administrativa responsable del

AGUASCALIENTES, AGS.	A
----------------------	---

**FIRMA DEL TRABAJADOR**

**FIRMA DEL JEFE DEL CENTRO DE TRABAJO**