

CONVOCA

A TRAVÉS DEL COMITÉ EJECUTIVO ESTATAL 2023 - 2027 A LOS **SERVIDORES PÚBLICOS SINDICALIZADOS EN ACTIVO DEL PODER EJECUTIVO DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO**, PARA INTEGRAR EXPEDIENTES Y RECIBIR **APOYO ECONÓMICO PARA HIJAS E HIJOS, CÓNYUGE O CONCUBINA(O) CON DISCAPACIDAD EN 2025**; DE ACUERDO A LOS SIGUIENTES:

REQUISITOS

1. FORMATO DE SOLICITUD PUBLICADO EN LA PÁGINA www.suteym.org.mx, DESDE EL 04 DE MARZO DE 2025.
2. COMPROBANTE DE PERCEPCIONES Y DEDUCCIONES DE LA QUINCENA CORRIENTE.
3. IDENTIFICACIÓN DEL SERVIDOR PÚBLICO SINDICALIZADO (CREDENCIAL DEL INE, GAFETE CREDENCIAL DEL GOBIERNO DEL EDO. DE MÉX. O PASAPORTE VIGENTE).
4. CREDENCIAL DEL I.S.S.E.M.Y.M. DEL BENEFICIARIO VIGENTE.
5. CREDENCIAL DEL I.S.S.E.M.Y.M. DEL SERVIDOR PÚBLICO VIGENTE.
6. ACTA DE NACIMIENTO DEL BENEFICIARIO (DEBERÁ SER COPIA CERTIFICADA NO MAYOR A 6 MESES).
7. EN CASO DE CÓNYUGES ACTA DE MATRIMONIO (DEBERÁ SER COPIA CERTIFICADA CON FECHA DE EXPEDICIÓN NO MAYOR A SEIS MESES). DICHO DOCUMENTO SOLO SE RECIBIRÁ CON LA VIGENCIA ESPECIFICADA.
8. CONSTANCIA DE DISCAPACIDAD, EXPEDIDO POR EL I.S.S.E.M.Y.M. (LA CUAL POSTERIOR A LA CITA Y VALORACIÓN DEBERÁ SER ENTREGADA DEBIDAMENTE FIRMADA CON NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE Y DEL TITULAR DE LA UNIDAD MÉDICA, ASÍ COMO EL SELLO CORRESPONDIENTE A ESTA SECRETARÍA PARA COMPLEMENTAR SU EXPEDIENTE).
9. TRAER 3 FOTOGRAFÍAS A COLOR RECIENTES DEL BENEFICIARIO, TAMAÑO POSTAL (CON EL PROPÓSITO DE FORMAR UN COLLAGE). EN FORMA INDIVIDUAL, EN CONVIVENCIA FAMILIAR, EN ACTIVIDADES ESCOLARES O TERAPIAS.

NOTA: LA CONSTANCIA DE DISCAPACIDAD SERÁ OTORGADA POR EL I.S.S.E.M.Y.M., ASÍ MISMO EL S.U.T.E.Y.M. GESTIONARÁ LA CITA ANTE EL INSTITUTO, PARA QUE EN SU MOMENTO ACUDA A VALORACIÓN MÉDICA.

OBSERVACIONES

- LA RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS SE HARÁ EN LAS SIGUIENTES FECHAS: **06, 10, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 24, 25, 26, 27, 28, 31 DE MARZO Y 01, 02, 03, 04, 07, 08, 09, 10 Y 11 ABRIL DE 2025**; CON UN HORARIO DE LUNES A VIERNES DE 09:00 A 14:00 Y DE 15:00 A 18:00 HORAS, EN LA SECRETARÍA DE CAPACITACIÓN LABORAL Y CULTURAL DEL S.U.T.E.Y.M.
- PODRÁN ENTREGAR EXPEDIENTES LOS SERVIDORES PÚBLICOS INTERESADOS Y/O SUS DELEGADOS SINDICALES.
- LA PRESENTE CONVOCATORIA ESTÁ DIRIGIDA A LOS SERVIDORES PÚBLICOS SINDICALIZADOS EN ACTIVO PERTENECIENTES A SECTOR CENTRAL.
- LA DOCUMENTACIÓN SE PRESENTARÁ EN ORIGINAL PARA SU COTEJO Y SE ENTREGARÁN DOS COPIAS FOTOSTÁTICAS LEGIBLES EN TAMAÑO CARTA.
- SERÁN RECIBIDOS DOCUMENTOS Y CONSTANCIAS, DE ACUERDO A LAS DISCAPACIDADES EMITIDAS POR EL I.S.S.E.M.Y.M.; **RECORDÁNDOLES QUE LA HIPERACTIVIDAD, EL DÉFICIT DE ATENCIÓN, EPILEPSIA; Y LA DEPRESIÓN LEVE Y MODERADA NO SON CONSIDERADAS COMO DISCAPACIDADES.**
- LO ANTERIORMENTE EXPUESTO, SE RIGE POR LA VIGENCIA DE LA LEY DE TRANSPARENCIA PARA EVITAR OBSERVACIONES Y SANCIONES DE LA MISMA.

NOTA: DOCUMENTACIÓN INCOMPLETA QUE NO CUBRA LOS REQUISITOS O EXTEMPORÁNEA; NO SERÁ RECIBIDA BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA. LA FALSEDAD DE LA DOCUMENTACIÓN ENTREGADA, SERÁ RESPONSABILIDAD DEL SERVIDOR PÚBLICO SINDICALIZADO. LO NO PREVISTO EN LA PRESENTE, SERÁ RESUELTO POR EL COMITÉ EJECUTIVO ESTATAL DEL S.U.T.E.Y.M.

ATENTAMENTE
"POR EL TRIUNFO DE LA JUSTICIA SOCIAL"
POR EL COMITÉ EJECUTIVO ESTATAL

MTRA. **HERMINIO CAHUE CALDERÓN**
SECRETARÍA GENERAL

MTRA. **MIRIAM GUADALUPE SANTIAGO VILLANUEVA**
SECRETARÍA DE CAPACITACIÓN LABORAL Y CULTURAL

TOLUCA DE LERDO, MÉXICO, MARZO 04 DE 2025

DOMICILIO: URAWA # 127, COL. PROGRESO, DELEGACIÓN SAN SEBASTIÁN, C.P. 50150.
TEL: (722) 2-26-42-00 EXT. 127 / 128

suteymcapacitacion@yahoo.com



1	Fecha:	Día	Mes	Año

SOLICITUD DE APOYO PARA HIJAS E HIJOS, CÓNYUGE O CONCUBINA(O) CON DISCAPACIDAD (SUTEYM)

DATOS DE LA SERVIDORA PÚBLICA O DEL SERVIDOR PÚBLICO SINDICALIZADA(O)

Apellidos y Nombre (s): 2		Clave de ISSEMYM: 3	
CURP: 4	CCT: 5		
Adscripción: 6			
Domicilio Laboral: 7	Municipio: 8	Teléfono: 9	
Domicilio Particular: 10	Municipio: 11	Teléfono: 12	

DATOS DE LA BENEFICIARIA O DEL BENEFICIARIO

Apellidos y Nombre (s): 13		Clave de ISSEMYM: 14	
Diagnóstico: 15			

DOCUMENTACIÓN QUE SE ANEXA (original y copia) 16

a) Último comprobante de percepciones y deducciones	
b) Identificación oficial vigente de la servidora pública o del servidor público sindicalizada(o) (credencial para votar, gafete-credencial del GEM, pasaporte, cédula profesional y/o algún otro documento con reconocimiento oficial)	
c) Credenciales de ISSEMYM de la servidora pública o del servidor público sindicalizada(o) e hija(o), cónyuge o concubina(o)	
d) Acta de nacimiento vigente de la beneficiaria o del beneficiario	
e) Constancia de discapacidad expedido por el ISSEMYM de la beneficiaria o del beneficiario	

17	18
<hr/> NOMBRE Y FIRMA DE LA SERVIDORA PÚBLICA O DEL SERVIDOR PÚBLICO SINDICALIZADA(O)	<hr/> SECRETARIA(O) DE CAPACITACIÓN LABORAL Y CULTURAL DEL SUTEYM

<p>Vo. Bo.</p> <p>19</p> <hr/> SECRETARIA(O) GENERAL DEL SUTEYM

SOLICITUD DE APOYO PARA HIJAS E HIJOS, CÓNYUGE O CONCUBINA(O) CON DISCAPACIDAD (SUTEYM)

INSTRUCTIVO DE LLENADO

- | | |
|---|---|
| 1. FECHA: | ANOTAR EL DÍA, MES Y AÑO DE ELABORACIÓN DEL FORMATO. |
| 2. APELLIDOS Y NOMBRE (S): | ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO DE LA SERVIDORA PÚBLICA O DEL SERVIDOR PÚBLICO SINDICALIZADA(O). |
| 3. CLAVE DE ISSEMYM: | INDICAR LA CLAVE DE ISSEMYM DE LA SERVIDORA PÚBLICA O DEL SERVIDOR PÚBLICO SINDICALIZADA(O). |
| 4. CURP: | ANOTAR LA CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN. |
| 5. C.C.T.: | ANOTAR LA CLAVE DEL CENTRO DE TRABAJO. |
| 6. ADSCRIPCIÓN: | ESCRIBIR EL NOMBRE DE LA DEPENDENCIA DONDE LABORA LA SERVIDORA PÚBLICA O EL SERVIDOR PÚBLICO SINDICALIZADA(O). |
| 7. DOMICILIO LABORAL: | ESCRIBIR LA CALLE, NÚMERO, COLONIA Y CÓDIGO POSTAL DEL DOMICILIO DE ADSCRIPCIÓN. |
| 8. MUNICIPIO: | INDICAR EL MUNICIPIO EN EL QUE ESTÁ SU ADSCRIPCIÓN. |
| 9. TELÉFONO: | ESCRIBIR EL NÚMERO TELEFÓNICO DEL LUGAR DE TRABAJO. |
| 10. DOMICILIO PARTICULAR: | ESCRIBIR LA CALLE, NÚMERO, COLONIA Y CÓDIGO POSTAL DEL DOMICILIO DE LA SERVIDORA PÚBLICA O DEL SERVIDOR PÚBLICO SINDICALIZADA(O). |
| 11. MUNICIPIO: | INDICAR EL MUNICIPIO EN EL QUE ESTÁ EL DOMICILIO. |
| 12. TELÉFONO: | ESCRIBIR EL NÚMERO TELEFÓNICO DE LA SERVIDORA PÚBLICA O DEL SERVIDOR PÚBLICO SINDICALIZADA(O). |
| 13. APELLIDOS Y NOMBRE (S): | ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO DE LA O DEL BENEFICIARIA(O). |
| 14. CLAVE DE ISSEMYM: | INDICAR LA CLAVE DE ISSEMYM DE LA O DEL BENEFICIARIA(O). |
| 15. DIAGNÓSTICO: | MENCIONAR EL DIAGNÓSTICO EMITIDO POR EL ISSEMYM. |
| 16. DOCUMENTACIÓN QUE SE ANEXA: | ESPACIO PARA SER REQUISITADO POR EL SUTEYM. |
| 17. NOMBRE Y FIRMA DE LA SERVIDORA PÚBLICA O DEL SERVIDOR PÚBLICO SINDICALIZADO: | ANOTAR EL NOMBRE Y FIRMA DE LA SERVIDORA PÚBLICA O DEL SERVIDOR PÚBLICO SINDICALIZADA(O) SOLICITANTE. |
| 18. SECRETARIA(O) DE CAPACITACIÓN LABORAL Y CULTURAL DEL SUTEYM: | ANOTAR EL NOMBRE Y FIRMA DE LA O DEL SECRETARIA(O) DE CAPACITACIÓN LABORAL Y CULTURAL DEL SUTEYM. |
| 19. Vo. Bo. DE LA O DEL SECRETARIA(O) GENERAL DEL SUTEYM: | ANOTAR EL NOMBRE Y FIRMA DE LA O DEL SECRETARIA(O) GENERAL DEL SUTEYM. |