



LICENCIAS SIN GOCE DE SUELDO

Requisitos para licencias sin goce de sueldo	
ASUNTOS PARTICULARES	
01	Escrito libre.
02	Copia del último recibo de nómina
03	Copia de FUMP o nombramiento. .
04	Circunstancia justificada: • Cargos de elección popular • Enfermedades no profesionales • Razones personales • Promociones temporales en otras dependencias
RESIDENCIA MÉDICA	
01	Formato de solicitud de licencia.
02	Constancia emitida por el ENARM.
03	Carta de aceptación.
04	Copia de FUMP o nombramiento. .
05	Copia del último recibo de nómina.



LICENCIAS CON GOCE DE SUELDO

Requisitos para Licencias Con Goce de Sueldo	
01	Escrito libre.
02	Copia del último recibo de nómina.
03	Copia de FUMP o nombramiento. .
04	Circunstancia justificada: • El fallecimiento de un familiar en primero o segundo grado. • Realizar algún trámite ante dependencia oficial, fuera de su lugar de residencia; • Cuando el trabajador o familiar en primero o segundo grado requiera someterse a algún tratamiento de salud, y • Por alguna otra causa justificada a juicio del Organismo. • Tema médico, jurídico, de inseguridad u otros.



FORMATO DE SOLICITUD DE LICENCIA



UNIDAD DE ADMINISTRACION Y FINANZAS
COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS
COORDINACIÓN ESTATAL DEL ESTADO DE

FECHA:

SOLICITUD:

Otros: (especificar)

Licencia sin goce de sueldo

☐

Licencia con goce de sueldo

☐

ANEXOS

SI

☐

NO

☐

FECHA DE ENTREGA:

NOMBRE DEL SOLICITANTE:

RFC Y CURP

FECHA DE INGRESO AL PUESTO DE BASE:

ANTIGÜEDAD:

MEDIO DE CONTACTO:

CODIGO DE PUESTO:

NUM. DE PLAZA O CLAVE PRESUPUESTAL:

TIPO DE LICENCIA:

PERIODO SOLICITADO:

FECHA ESTIMADA DE REINCOPORACION:

DESCRIPCION BREVE:

SOLICITANTE

ANUENCIA DEL JEFE INMEDIATO

VALIDO Y RECIBIDO (C.E.)

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE, FIRMA Y CARGO

NOMBRE, FIRMA Y CARGO

Anexos:

Copia del recibo de nómina más reciente.

Copia de FOMOPe o nombramiento. .

Oficio de no Inconveniente expedido por el Centro de Adscripción. (Garantizar la no afectación al servicio en la unidad).

Documento comprobatorio que acredite fecha de ingreso a los Servicios de Salud (nombramiento FUMP o SINAVID).

Documentación soporte que acredite de manera fehaciente el motivo de la solicitud de licencia y/o permiso.

DOCUMENTACIÓN ADICIONAL

Certificado y/o acta de defunción. (en caso de aplicar)

Documento que acredite el tratamiento médico. (en caso de aplicar)

Documento que acredite el vínculo con el familiar en primero o segundo grado. (en caso de aplicar)

Documento que acredite el trámite ante dependencia oficial, en el que se especifique modo, tiempo y lugar. (en caso de aplicar)

Expediente SINAVID. (en caso de aplicar)

Dictamen de beca autorizada por autoridad competente. (en caso de aplicar)

Documento que acredite el puesto de confianza y/o cargo de elección popular. (en caso de aplicar)

EL PRESENTE FORMATO TIENE COMO FINALIDAD EMITIR EN TIEMPO Y FORMA EL OFICIO CORRESPONDIENTE PARA DETERMINAR LA PROCEDENCIA DE LA SOLICITUD PRESENTADA CON BASE EN LA NORMATIVIDAD APLICABLE, POR LO QUE SE SOLICITA DE SU INVALUABLE COLABORACIÓN A EFECTO DE QUE LA INFORMACIÓN REQUERIDA, SEA PROPORCIONADA DE MANERA PRECISA ANEXANDO LA DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA SU VALORACIÓN.

LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL PRESENTE FORMATO, ASÍ COMO EN LOS DOCUMENTOS ANEXOS, PUEDEN CONTENER DATOS PERSONALES, POR LO QUE SU DIFUSIÓN ES RESPONSABILIDAD DE QUIEN LOS TRANSMITE Y QUIEN LOS RECIBE, EN TÉRMINOS DE LO DISPUESTO EN LOS ARTÍCULOS 10, 11, 12 Y 16 DE LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS, PUBLICADA EN EL DIARIO OFICIO DE LA FEDERACIÓN EL 20 DE MARZO DE 2025.