

# FORMATO SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN

Logo del Sujeto  
Obligado

Folio: \_\_\_\_\_  
Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_  
Hora : \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante o datos del representante (opcional):		
<u>Elías</u> Nombre (s)	<u>López</u> Apellido Paterno	<u>Gómez</u> Apellido Materno
Denominación o razón social del sujeto obligado al que se le solicita información:		
Secretaria de Educación Federalizada de Chiapas, coordinación general de administración federalizada subdirección de empleos y servicios departamento de filiación y control de plazas.		
Así como también al C.P. Gabriel Díaz Oliva director de administración de personal, dependiente de la secretaria de educación en el estado de Chiapas.		
Solicitud de información:		
Solicito copia de mi hoja única de servicios en razón de que me es de gran utilidad para realizar trámites administrativos.		

**Datos que faciliten la búsqueda y eventual localización de la información (opcional):**

para facilitar la búsqueda proporcione los siguientes datos:

Clave Presupuestal: **076229E1487000070716.**

Numero de oficio presentado el 11 de enero de 2024:

**SE/SEF/DEI/57489/2024**

---

---

---

---

---

**Medio para recibir la información o notificaciones:**

- Entrega por el Sistema de Solicitudes de Acceso a la Información
- Domicilio
- Acudir a la Unidad de Transparencia
- Estrados de la Unidad de Transparencia
- Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Indique cómo desea recibir la información:**

- Electrónico gratuito:
  - Sistema de Solicitudes de Acceso a la Información
  - Audio
  - Dispositivos de almacenamiento que proporcione el solicitante
- Electrónico con costo:
  - Disco Compacto
- Consulta directa
- Copias simples
- Copias certificadas
- Reproducción en otro medio: \_\_\_\_\_

**Medidas de accesibilidad (opcional):**

Lengua Indígena (para facilitar la traducción indique el nombre de la lengua y/o el lugar donde habla dicha lengua el solicitante): \_\_\_\_\_

Formato accesible (y/o preferencia de accesibilidad): \_\_\_\_\_

- Lugar de estacionamiento para persona con discapacidad;
- Asistencia de intérpretes oficiales de la lengua de señas;
- Brindar las facilidades para el acceso de perros guía o animales de apoyo;
- Apoyo en la lectura de documentos;

Otras (indique cuáles) \_\_\_\_\_

**Domicilio para recibir notificaciones (opcional):**



Ilustración 1x

**Plazos:**

Respuesta a la solicitud	20 días hábiles
Requerimiento de información adicional a la solicitud.	5 días hábiles
Desahogo del requerimiento	10 días hábiles
Respuesta a la solicitud en caso de ampliación	30 días hábiles
Pago de derechos (en su caso)	30 días hábiles

**Información opcional para fines estadísticos:**

Sexo: Femenino  Masculino  Año de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Forma parte de un pueblo indígena: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

**Ocupación (seleccione una opción):**

<b>Ámbito académico</b>	<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Investigador	<input type="checkbox"/>
Profesor	<input checked="" type="checkbox"/> Profesor e investigador	<input type="checkbox"/> Técnico docente	<input type="checkbox"/>
Trabajador administrativo	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<b>Ámbito empresarial</b>	<input type="checkbox"/>
Sector primario	<input type="checkbox"/> Sector secundario	<input type="checkbox"/> Sector terciario	<input type="checkbox"/>
Otro: _____	<b>Ámbito gubernamental</b>	<input type="checkbox"/> Federal - Poder Ejecutivo	<input type="checkbox"/>
Federal - Poder Legislativo	<input type="checkbox"/> Federal - Poder Judicial	<input type="checkbox"/> Federal - Organismo constitucional autónomo	<input type="checkbox"/>
Estatad - Poder Ejecutivo	<input type="checkbox"/> Estatal - Poder Legislativo	<input type="checkbox"/> Estatal - Poder Judicial	<input type="checkbox"/>
Estatad - Organismo constitucional autónomo	<input type="checkbox"/> Municipal	<b>Medios de comunicación</b>	<input type="checkbox"/>
Internet	<input type="checkbox"/> Medio impreso	<input type="checkbox"/> Medios internacionales	<input type="checkbox"/>
Radio	<input type="checkbox"/> Televisión	<input type="checkbox"/> Dos o más medios de comunicación	<input type="checkbox"/>
Otro: _____	<input type="checkbox"/> Ama de casa	<input type="checkbox"/> Organizaciones no gubernamentales nacionales	<input type="checkbox"/>
Organización no gubernamentales internacional	<input type="checkbox"/> Partidos políticos	<input type="checkbox"/> Asociación política	<input type="checkbox"/>
Sindicatos	<input type="checkbox"/> Empleado u obrero	<input type="checkbox"/> Ejidatario	<input type="checkbox"/>
Comerciante	<input type="checkbox"/> Trabajador agrícola	<input type="checkbox"/> Asociaciones civiles	<input type="checkbox"/>
Asociaciones de colonos	<input type="checkbox"/> Cooperativas	<input type="checkbox"/> Instituciones de asistencia privada	<input type="checkbox"/>
Otros no incluidos: _____	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

**Nivel educativo (seleccione una opción):**

Sin instrucción formal	<input type="checkbox"/> Primaria incompleta	<input type="checkbox"/> Primaria completa	<input type="checkbox"/>
Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/> Secundaria completa	<input type="checkbox"/> Bachillerato incompleto	<input type="checkbox"/>
Bachillerato completo	<input type="checkbox"/> Técnico superior incompleto	<input type="checkbox"/> Técnico superior completo	<input type="checkbox"/>
Profesional Técnico	<input type="checkbox"/> Licenciatura incompleta	<input type="checkbox"/> Licenciatura terminada	<input type="checkbox"/>
Normal	<input checked="" type="checkbox"/> Normal superior	<input type="checkbox"/> Diplomado con licenciatura	<input type="checkbox"/>
Diplomado sin licenciatura	<input type="checkbox"/> Posgrado incompleto	<input type="checkbox"/> Posgrado completo	<input type="checkbox"/>
Maestría incompleta	<input type="checkbox"/> Maestría completa	<input type="checkbox"/> Doctorado incompleto	<input type="checkbox"/>
Doctorado completo	<input type="checkbox"/> Otros no incluidos: _____		<input type="checkbox"/>