Anexo 14

Formato DGRHyEO-01
Solicitud de Autorización de Movimiento de Personal

CAMPECHE

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE MOVIMIENTOS DE PERSONAL

FORMATO DGRHyEO-01

I. DATOS DEL SOLICITANTE:

ORGANISMO CENTRALIZADO O ENTIDAD PARAESTATAL:

ESTRUCTURA PROGRAMATICA (A 39 DÍGITO

TIPO DE MOVIMIENTO: **ALTA, PROMOCIÓN, CONTRATO.**

II. DATOS DE LOS (LAS) PROPUESTOS (AS):

NOMBRE:	MOVIMIENTO	PLAZA PROPUESTA	NIVEL	SUSTITUYE A:	TIPO DE PLAZA		VIGENCIA	
					B	C	D	T

V. FIRMA DE LA SOLICITUD

ELABORO

FIRMA DEL ÁREA ADMINISTRATIVA

ORG. CENTRA. O ENT. PARAEST.

Vo. Bo.

FIRMA DEL TITULAR

ORG. CENTRA. O ENT. PARAEST.

VI. FIRMA DE AUTORIZACIÓN

SUBSECRETARIO DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS DE LA SAFIN

AUTORIZACION			
FECHA			NUMERO
DIA	MES	AÑO	

NOTA. Las Altas serán efectivas hasta que el titular del Poder Ejecutivo las autorice y la Dirección General de Recursos Humanos y Estructuras Ocupacionales se los informe, pudiendo ser de carácter definitivo o temporal y su expedición se hará conforme a los movimientos escalafonarios que procedan, por lo tanto, si un Organismo Centralizado o Entidad Paraestatal no cuenta con la autorización correspondiente no deberá iniciar la relación laboral. El Organismo Centralizado o Entidad Paraestatal que incorpore a trabajadores sin autorización de la Secretaría de Administración y Finanzas será responsable de esa contratación por el tiempo no autorizado.

PRESENTAR ORIGINAL Y COPIA

Formato DGRHyEO 01
Solicitud de Autorización de Movimiento de Personal

Instructivo de llenado

Nombre de la Forma: Solicitud de Autorización de Movimiento de Personal.
Objeto de la Forma Solicitar la autorización para dar de alta o promocionar al personal para ocupar puestos vacantes o de nueva creación.
Instrucciones Generales: Este formato será llenado a máquina o procesado en computadora y los datos no deberán invadir los límites de los recuadros o tener tachaduras o enmendaduras. Asimismo, este formato deberá ser firmado por el Titular del Organismo Centralizado o Entidad Paraestatal de la Administración Pública Estatal.
Elabora: Organismos Centralizados o Entidades Paraestatales. (Unidad Administrativa).
Destino: La Dirección de Recursos Humanos de la SAFIN.
Número de Copias: Dos copias.
Original: Dirección de Recursos Humanos.
1a. copia: Unidad Administrativa de los Organismos Centralizados o de las Entidades Paraestatales.
2a. copia: Unidad de trabajo solicitante.

Instrucciones de Llenado

Datos del Solicitante

1. **El nombre del Organismo Centralizado o de la Entidad Paraestatal de la Administración Pública Estatal.**
2. **Estructura Programática:** Se anotará la clave completa a 39 dígitos.

Datos de la (s) Propuesta (s).

3. **Nombre:** Anotar el apellido paterno, materno y el nombre de la persona propuesta al puesto de acuerdo a su acta de nacimiento.
4. **Movimiento:** llenar el campo con el tipo de movimiento que aplique pudiendo ser: alta **(nuevo ingreso)**, promoción (personal que ya se encontraba en la plantilla de personal), o contrato.
5. **Plaza Propuesta:** puesto de la vacante.
6. **Nivel:** Nivel del puesto propuesto coincidente con la vacante.
7. **Sustituye a**: nombre completo de la última persona que ocupaba la plaza o en su caso, el contrato.

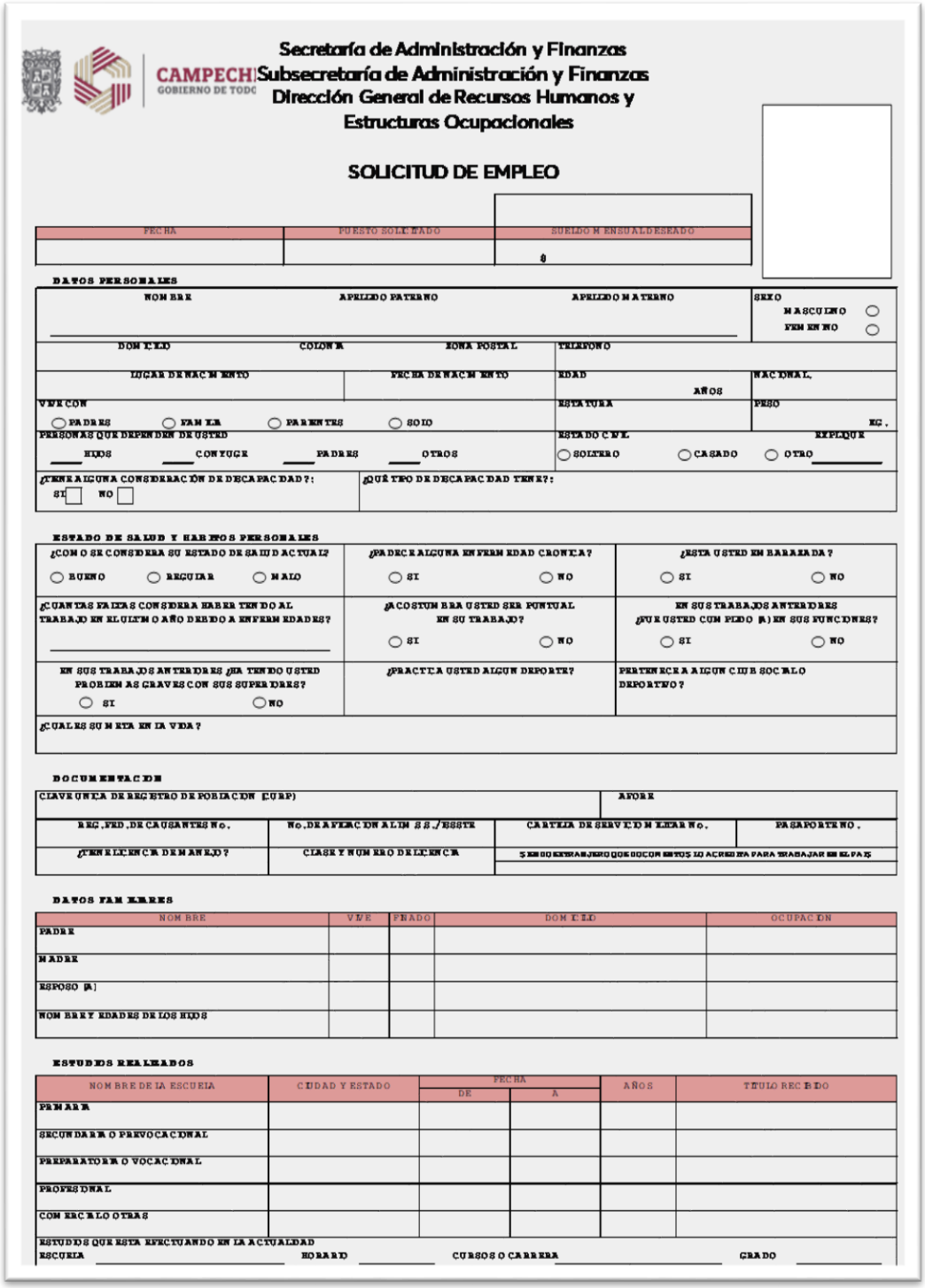
8. **Tipo de Plaza:** Marcar con una "X" el tipo de plaza, si este es de base o confianza (solo aplica para personal con plaza). Dejar en blanco cuando se trate de personal para ocupar contrato por tiempo determinado.
9. **Vigencia si es:** Definitiva (plaza), o Temporal (contrato).

Firma de la Solicitud

10. **Firma del Área Administrativa:** Firma del Titular de la Unidad Administrativa que elaboró el formato de solicitud de autorización del movimiento.
11. **Firma del Titular:** Firma de Visto Bueno del Titular del Organismo Centralizado o la Entidad Paraestatal de la Administración Pública Estatal que autoriza el movimiento.
12. **Firma de Autorización:** Requisitado por la Dirección General de Recursos Humanos y Estructuras Ocupacionales.
13. **Autorización:** Requisitado por la Dirección General de Recursos Humanos y Estructuras Ocupacionales.

Formato
Solicitud de Empleo

Anexo 15



Secretaría de Administración y Finanzas
Subsecretaría de Administración y Finanzas
Dirección General de Recursos Humanos y Estructuras Ocupacionales

CAMPECHE GOBIERNO DE TODOS

SOLICITUD DE EMPLEO

FECHA	PUESTO SOLICITADO	SUELDO MENSUAL DESEADO
		$

DATOS PERSONALES

NOMBRE	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	SEXO
			MASCULINO ○ FEMENINO ○

DOMICILIO	COLONIA	ZONA POSTAL	TELEFONO

LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	NACIONAL
		AÑOS	

VIVE CON	ESTATURA	PESO
○ PADRES ○ FAMILIA ○ PARIENTES ○ SOLO		KG.

PERSONAS QUE DEPENDEN DE USTED	ESTADO CIVIL	EXPLIQUE
____ HIJOS ____ CONYUGE ____ PADRES ____ OTROS	○ SOLTERO ○ CASADO ○ OTRO	

¿TIENE ALGUNA CONSIDERACIÓN DE DISCAPACIDAD?:	¿QUÉ TIPO DE DISCAPACIDAD TIENE?:
SI ☐ NO ☐	

ESTADO DE SALUD Y HABITOS PERSONALES

¿COMO SE CONSIDERA SU ESTADO DE SALUD ACTUAL?	¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRONICA?	¿ESTA USTED EMBARAZADA?
○ BUENO ○ REGULAR ○ MALO	○ SI ○ NO	○ SI ○ NO
¿CUANTAS FALTAS CONSIDERA HABER TENIDO AL TRABAJO EN EL ULTIMO AÑO DEBIDO A ENFERMEDADES?	¿ACOSTUMBRA USTED SER PUNTUAL EN SU TRABAJO?	EN SUS TRABAJOS ANTERIORES ¿FUE USTED CUMPLIDO (A) EN SUS FUNCIONES?
	○ SI ○ NO	○ SI ○ NO
EN SUS TRABAJOS ANTERIORES ¿HA TENIDO USTED PROBLEMAS GRAVES CON SUS SUPERIORES?	¿PRACTICA USTED ALGUN DEPORTE?	PERTENECE A ALGUN CLUB SOCIAL O DEPORTIVO?
○ SI ○ NO		
¿CUALES SUMETAS EN LA VIDA?		

DOCUMENTACION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION (CURP)			AFORE
REG. FED. DE CAUSANTES No.	No. DE AFILIACION AL IMSS/ISSSTE	CARTILLA DE SERVICIO MILITAR No.	PASAPORTE No.
¿TIENE LICENCIA DE MANEJO?	CLASE Y NUMERO DE LICENCIA	SI ES UD. EXTRANJERO QUE DOCUMENTOS LO ACREDITA PARA TRABAJAR EN EL PAIS	

DATOS FAMILIARES

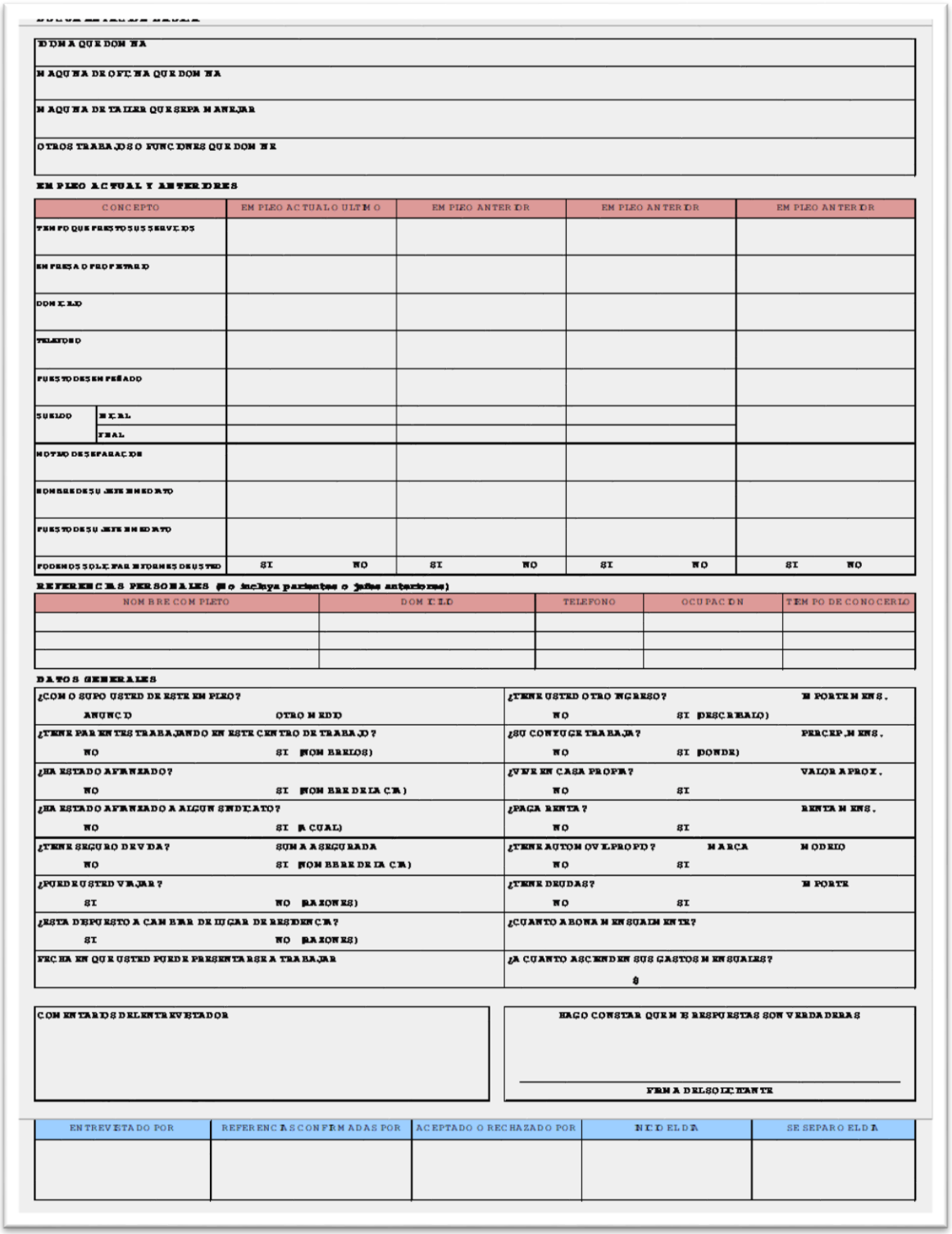
NOMBRE	VIVE	FINADO	DOMICILIO	OCUPACION
PADRE				
MADRE				
ESPOSO (A)				
NOMBRE Y EDADES DE LOS HIJOS				

ESTUDIOS REALIZADOS

NOMBRE DE LA ESCUELA	CIUDAD Y ESTADO	FECHA DE	FECHA A	AÑOS	TITULO RECIBIDO
PRIMARIA					
SECUNDARIA O PREVOCACIONAL					
PREPARATORIA O VOCACIONAL					
PROFESIONAL					
COMERCIALO OTRAS					

ESTUDIOS QUE ESTA EFECTUANDO EN LA ACTUALIDAD
ESCUELA _____ HORARIO _____ CURSOS O CARRERA _____ GRADO _____

(Hoja 1)



EDIMA QUE DOMINA
MAQUINA DE OFICINA QUE DOMINA
MAQUINA DE TALLER QUE SEPA MANEJAR
OTROS TRABAJOS O FUNCIONES QUE DOMINE

EMPLEO ACTUAL Y ANTERIORES

CONCEPTO	EMPLEO ACTUAL O ULTIMO	EMPLEO ANTERIOR	EMPLEO ANTERIOR	EMPLEO ANTERIOR
TIEMPO QUE PRESTO SUS SERVICIOS				
EMPRESA O PROPIETARIO				
DOMICILIO				
TELEFONO				
PUESTO DESEMPEÑADO				
SUELDO MENSUAL				
SUELDO FINAL				
MOTIVO DE SEPARACION				
NOMBRE DE SU JEFE INMEDIATO				
PUESTO DE SU JEFE INMEDIATO				
PODEMOS SOLICITAR INFORMES DE USTED	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO

REFERENCIAS PERSONALES (No incluya parientes o jefes anteriores)

NOMBRE COMPLETO	DOMICILIO	TELEFONO	OCUPACION	TIEMPO DE CONOCERLO

DATOS GENERALES

¿COMO SUPO USTED DE ESTE EMPLEO? ANUNCIO OTRO MEDIO	¿TIENE USTED OTRO INGRESO? IMPORTE MENS. NO SI (DESCRIBALO)
¿TIENE PARIENTES TRABAJANDO EN ESTE CENTRO DE TRABAJO? NO SI (NOMBRELOS)	¿SU CONYUGE TRABAJA? PERCEP. MENS. NO SI (DONDE)
¿HA ESTADO AFIANZADO? NO SI (NOMBRE DE LA CIA)	¿VIVE EN CASA PROPIA? VALOR APROX. NO SI
¿HA ESTADO AFIANZADO A ALGUN SINDICATO? NO SI (A CUAL)	¿PAGA RENTA? RENTA MENS. NO SI
¿TIENE SEGURO DE VIDA? SUMA ASEGURADA NO SI (NOMBRE DE LA CIA)	¿TIENE AUTOMOVIL PROPIO? MARCA MODELO NO SI
¿PUEDE USTED VIAJAR? SI NO (RAZONES)	¿TIENE DEUDAS? IMPORTE NO SI
¿ESTA DISPUESTO A CAMBIAR DE LUGAR DE RESIDENCIA? SI NO (RAZONES)	¿CUANTO ABONA MENSUALMENTE?
FECHA EN QUE USTED PUEDE PRESENTARSE A TRABAJAR	¿A CUANTO ASCIENDEN SUS GASTOS MENSUALES? $

COMENTARIOS DEL ENTREVISTADOR	HAGO CONSTAR QUE MIS RESPUESTAS SON VERDADERAS FIRMA DEL SOLICITANTE

ENTREVISTADO POR	REFERENCIAS CONFIRMADAS POR	ACEPTADO O RECHAZADO POR	INICIO EL DIA	SE SEPARO EL DIA

(Hoja 2)

Formato DGRHyEO-02
Calendario de Fechas Límites 2023

Anexo 16

CAMPECHE
GOBIERNO DE TODOS

FORMATO DGRHyEO-02

ANEXO PARA COORDINADORES ADMINISTRATIVOS
CALENDARIO DE FECHAS LIMITES 2023

RECEPCION DE DOCUMENTOS		
	PERIODO EN QUE LA UNIDAD DE ENLACE DE INCIDENCIAS RECIBE MOVIMIENTOS	PERIODO QUE APLICAN LOS MOVIMIENTOS ENTREGADOS
1	22/nov - 28/nov 2022	1era. ENE
2	05/dic -12/dic 2022	2da. ENE
3	02/ene - 13/ene	1ra. FEB
4	16/ene-27/ene	2da. FEB
5	30/ene-13/feb	1ra. MAR
6	14/feb-01/mar	2da. MAR
7	02/mar-15/mar	1ra. ABRIL
8	16/mar-30/mar	2da. ABRIL
9	31/mar-17/abr	1ra. MAYO
10	18/abr-03/may	2da. MAYO
11	04/may-18/may	1ra. JUN
12	19/may-01/jun	2da. JUN
13	02/jun - 15/jun	1ra. JUL
14	16/jun-29/jun	2da. JUL
15	30/jun- 14/jul	1ra. AGO
16	17/jul-28/jul	2da. AGO
17	31/jul- 14/ago	1ra. SEPT
18	15/ago- 29/ago	2da. SEPT
19	30/ago- 14/sep	1ra. OCT
20	15/sep-29/sep	2da. OCT
21	02/oct- 13/oct	1ra. NOV
22	16/oct-27/oct	2da. NOV
23	30/oct- 15/nov	1ra. DIC

FECHAS DE PAGO AL PERSONAL				
	QUINCENAS	ENTREGA DE NOMINAS	DIA DE PAGO AL PERSONAL	DEVOLUCION DE NOMINAS FIRMADAS
1	1ra. ENE	13-ene	13-ene	31-ene
2	2da. ENE	27-ene	30-ene	17-feb
3	1ra. FEB	14-feb	15-feb	03-mar
4	2da. FEB	27-feb	28-feb	17-mar
5	1ra. MAR	14-mar	15-mar	03-abr
6	2da. MAR	29-mar	30-mar	17-abr
7	1ra. ABRIL	13-abr	14-abr	04-may
8	2da. ABRIL	27-abr	28-abr	18-may
9	1ra. MAYO	12-may	15-may	02-jun
10	2da. MAYO	29-may	30-may	16-jun
11	1ra. JUN	14-jun	15-jun	03-jul
12	2da. JUN	29-jun	30-jun	17-jul
13	1ra. JUL	13-jul	14-jul	04-ago
14	2da. JUL	27-jul	28-jul	18-ago
15	1ra. AGO	14-ago	15-ago	01-sep
16	2da. AGO	29-ago	30-ago	18-sep
17	1ra. SEPT	14-sep	15-sep	02-oct
18	2da. SEPT	28-sep	29-sep	16-oct
19	1ra. OCT	12-oct	13-oct	06-nov
20	2da. OCT	27-oct	30-oct	17-nov
21	1ra. NOV	14-nov	15-nov	01-dic
22	2da. NOV	29-nov	30-nov	15-dic
23	1ra. DIC	14-dic	15-dic	04/01/2024

OTAS :

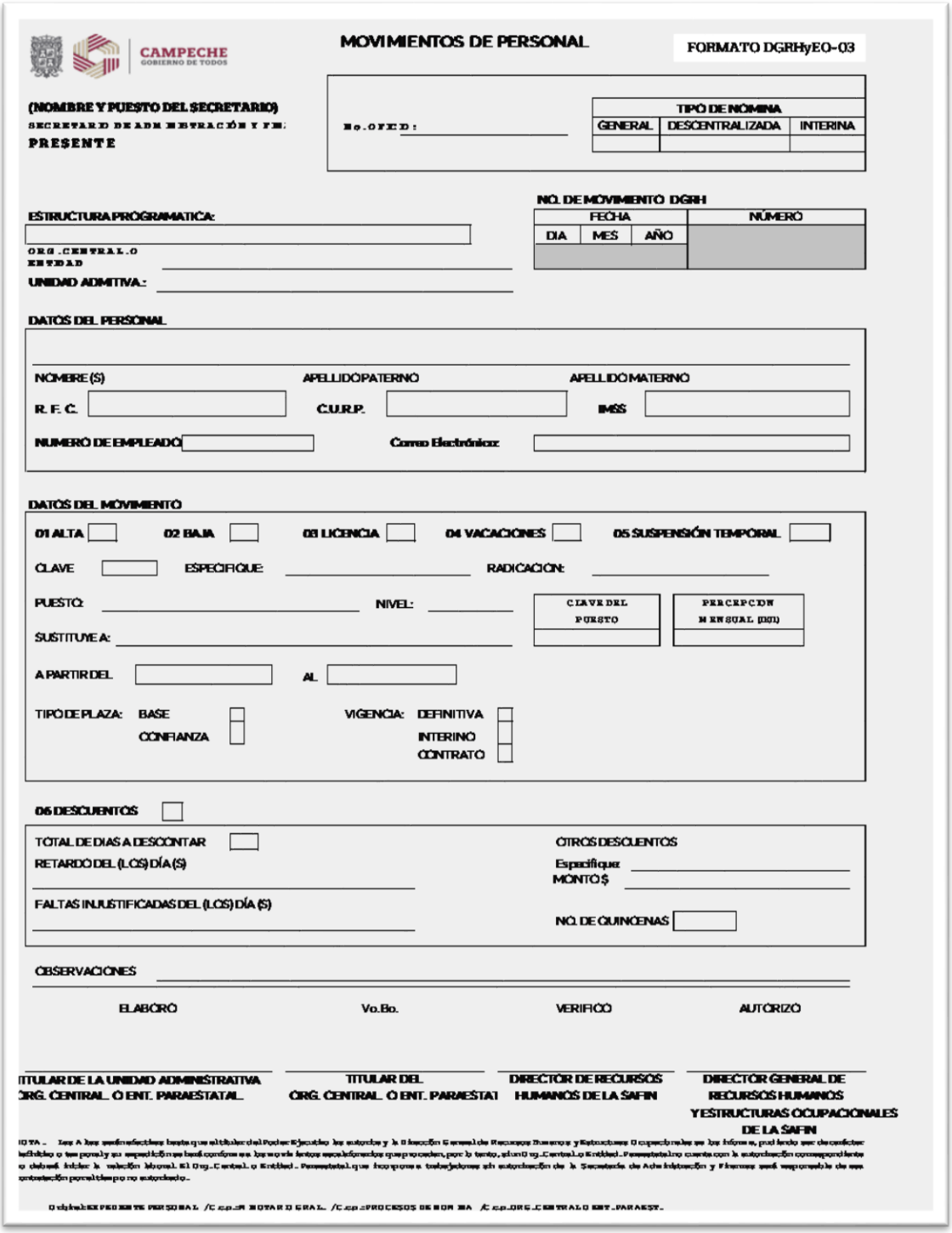
. LA ENTREGA DE MOVIMIENTOS DE PERSONAL DEBERA EFECTUARSE EN LA DIRECCION GENERAL DE RECURSOS HUMANOS Y ESTRUCTURAS OCUPACIONALES EN EL PERIODO DE FECHAS ESTIPULADAS .

. LA ENTREGA DE NOMINAS Y CHEQUES A LOS COORDINADORES ADMINISTRATIVOS O SU SIMILAR SE REALIZARA EN LA DIRECCION GENERAL DE RECURSOS HUMANOS Y ESTRUCTURAS OCUPACIONALES CONFORME A ESTE CALENDARIO .

. ES RESPONSABILIDAD DEL COORDINADOR ADMINISTRATIVO O SUS SIMILARES DE CADA ORGANISMO CENTRALIZADO O ENTIDADES PARAESTATALES, VIGILAR QUE LA ENTREGA DE LA NÓMINA DEFINITIVA FIRMADA SEA EN LA FECHA ESTABLECIDA .

Formato DGRHyEO-03
Movimientos de Personal

Anexo 17



CAMPECHE
GOBIERNO DE TODOS

MOVIMIENTOS DE PERSONAL — FORMATO DGRHyEO-03

(NOMBRE Y PUESTO DEL SECRETARIO)
SECRETARIO DE ADMINISTRACIÓN Y FIN.
PRESENTE

No. OFICIO: _____

TIPO DE NOMINA		
GENERAL	DESCENTRALIZADA	INTERINA

NO. DE MOVIMIENTO DGRH

FECHA			NÚMERO
DIA	MES	AÑO	

ESTRUCTURA PROGRAMATICA: _____
ORG. CENTRAL O ENTIDAD _____
UNIDAD ADMITIVA.: _____

DATOS DEL PERSONAL

NOMBRE (S) _____ APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____
R. F. C. _____ C.U.R.P. _____ IMSS _____
NUMERO DE EMPLEADO _____ Correo Electrónico: _____

DATOS DEL MOVIMIENTO

01 ALTA ☐ 02 BAJA ☐ 03 LICENCIA ☐ 04 VACACIONES ☐ 05 SUSPENSIÓN TEMPORAL ☐
CLAVE ☐ ESPECIFIQUE: _____ RADICACION: _____
PUESTO: _____ NIVEL: _____ CLAVE DEL PUESTO | PERCEPCION MENSUAL ($)
SUSTITUYE A: _____
A PARTIR DEL _____ AL _____
TIPO DE PLAZA: BASE ☐ CONFIANZA ☐ VIGENCIA: DEFINITIVA ☐ INTERINO ☐ CONTRATO ☐

06 DESCUENTOS ☐

TOTAL DE DIAS A DESCONTAR ☐
RETARDO DEL (LOS) DÍA (S) _____
FALTAS INJUSTIFICADAS DEL (LOS) DÍA (S) _____
OTROS DESCUENTOS
Especifique: _____
MONTO $ _____
NO. DE QUINCENAS ☐

OBSERVACIONES: _____

ELABORÓ | Vo.Bo. | VERIFICÓ | AUTORIZÓ

TITULAR DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA ORG. CENTRAL Ó ENT. PARAESTATAL | TITULAR DEL ORG. CENTRAL Ó ENT. PARAESTAT | DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS DE LA SAFIN | DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS HUMANOS Y ESTRUCTURAS OCUPACIONALES DE LA SAFIN

NOTA – Los A los movimientos hasta que el titular del Poder Ejecutivo los autorice y la Dirección General de Recursos Humanos y Estructuras Ocupacionales de la Secretaría de Administración y Finanzas emita la validación y/o permiso correspondiente. El Org. Central o Entidad Paraestatal que incumpla con el procedimiento de la Secretaría de Administración y Finanzas será responsable de una contratación para el cual no cuenta con la autorización.

C:\clubs\EXPEDIENTE PERSONAL /C cp.:SECRETARIO GRAL. /C cp.:PROCESOS DE NOMINA /C cp.:ORG. CENTRAL O ENT. PARAEST.

(Hoja 1)

07 DATOS PERSONALES DEL EMPLEADO

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Calle No. Ext. Int. Estado Civil: _____

_____ Sexo: _____

Barrio o Colonia Código Postal

Escolaridad: _____ _____

Firma

Nota: Todo servidor público está obligado a presentar las declaraciones de situación patrimonial y de intereses, conforme a los artículos 32 y 33 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 14 de julio de 2017, en su punto Tercero dispone: "La obligación de los servidores públicos para presentar sus respectivas declaraciones de situación patrimonial y de intereses que no se encontraban como obligatoria hasta antes del 19 de julio de 2017, fecha en la que entra en vigor la Ley General de Responsabilidades Administrativas, será exigible a partir del momento en el CCSNA, dé a conocer de manera oficial los formatos que se aplicarán para la presentación de dichas declaraciones y estos se encuentren operables."

Los plazos para cumplir esta obligación son los siguientes:

I. Declaración inicial, dentro de los sesenta días naturales siguientes a la toma de posesión.

II. Declaración de modificación patrimonial, durante el mes de mayo de cada año, y

III. Declaración de conclusión del encargo, dentro de los sesenta días naturales siguientes a la conclusión.

08 ANEXOS

COPIAS
1.-ORIGINAL DE LA CÉDULA ÚNICA DE INSCRIPCIÓN DE PERSONAL AL CUAL SE ENCUENTRE ADSCRITO. RCRB-05
2.-ORIGINAL LEGIBLE DE LA CARTA DE NACIMIENTO
3.-COPIA LEGIBLE DE LA CONSTANCIA DE SITUACIÓN FISCAL, CON ACTIVIDAD DE SUELDOS Y SALARIOS, CON RFC EXPEDIDO POR LA S.H.C.P.
4.-COPIA LEGIBLE DE LA CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP)
5.-COPIA LEGIBLE DE LA AFILIACIÓN DEL NUM. DE SEG. SOC. EXP. POR EL IMSS
6.-COPIA LEGIBLE DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR VIGENTE (INE)
7.-ORIGINAL DE LA CONSTANCIA DE NO INHABILITACIÓN PARA EL EMPLEO VIGENTE A LA FECHA DE ALTA, EXP. POR LA CONTRALORÍA
8.-CUATRO FOTOGRAFÍAS RECIENTES TAMAÑO INFANTIL
9.-ORIGINAL DE CERTIFICADO DE SALUD
10.-COPIA LEGIBLE DE LA ÚLTIMA CONSTANCIA DE ESTUDIOS Y EN CASO DEL PERSONAL MÉDICO Y DOCENTE COPIA LEGIBLE DE CÉDULA PROFESIONAL, LICENCIATURA Y EN SU CASO DE ESPECIALIDAD
11.-ORIGINAL O COPIA LEGIBLE DEL CORRÍCULUM VITAE
12.-ORIGINAL Y COPIA DE LA CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA PAGO DE NÓMINA VÍA TRANSFERENCIA BANCARIA (ANEXAR COPIA DE CREDENCIAL DE ELECTOR)
13.-ORIGINAL Y COPIA DEL FORMATO "POLIZA DE SEG. DE VIDA" DEBIDAMENTE LLENADO POR EL TRABAJADOR Y SELLADO POR EL ORG. CENTRAL O ENTIDAD PARAESTATAL"
14.-ORIGINAL DE LA CARTA COMPROMISO DE COMPATIBILIDAD DE HORARIO
15.-ORIGINAL Y COPIA DE AVISO DE RESPONSIVA DE ACREDITACIÓN ANTE EL ISSEMYM Y DOS COPIAS LEGIBLES DE AVISO PARA RETENCIÓN DE DESCUENTOS PARA EL PERSONAL DE NUEVO INGRESO QUE CUENTEN CON CRÉDITOS DE ISSEMYM
16.-CUBA COPIA LEGIBLE DEL COMPROBANTE DOMICILIARIO CATASTRAL O COMPROBANTE DOMICILIO VIGENTE (NO MAYOR A TRES MESES DE EMISIÓN)
17.-AVISO-NOTIFICACIÓN DE PRESENTACIÓN DE DECLARACIÓN PATRIMONIAL.
18.-ORIGINAL Y COPIA DE LA SOLICITUD DE APLICACIÓN DE LSUBSIDIO PARA EL EMPLEO.
19.-COPIA DE LA CARTILLA LIBERACIONAL (PERSONAL DE SEG. PÚB. Y PROCURACIÓN DE JUSTICIA)
20.-CERTIFICADO DEL CENTRO DE EVAL. Y CONTROL DE CONFIANZA DE LEDO. DE CAMP. (SOLO PARA EL PERSONAL DE SEG. PÚB. Y PROCURACIÓN DE JUSTICIA)
OTROS (Especificar)
NOTA:
*Entregar Original y 3 copias

09 CLAVES DE IDENTIFICACION DE CAUSAS DE:

ALTAS Y BAJAS	
EVENTUALES Y/O INTERINATOS	
05INCAPACIDAD GENERAL	39CONTRATO
06INCAPACIDAD PROFESIONAL	40RECONTRATACIÓN
07MATERNIDAD	41ARTÍCULO 09
08COMISIÓN OFICIAL	42DEVOLUTIVO
09TRAMITE DE JUBILACIÓN	43PERMISO SINDICAL
10LICENCIA PERSONAL	44CAMBIO DE GUARDIA
11OCUPAR CARGO DE ELECCIÓN POPULAR	45VACANTE (INTERINO-SUPLENCIA)
12DICTAMEN DE INVALIDEZ TEMPORAL (IMSS)	
13RETARDOS ACUMULADOS	
14FALTAS INJUSTIFICADAS	
15VACACIONES	
16SUSPENSIÓN TEMPORAL (CONFORME A LA LEY EN LA MATERIA)	
DEFINITIVOS	
17VACANTE	38TERMINACIÓN ANTICIPADA
18PROMOCIÓN EN PLAZA	
19RENUNCIA	
20DICTAMEN CESE	
21FALLECIMIENTO	
22JUBILACIÓN	
23PENSIÓN	
24TERMINACIÓN DE CONTRATOS	
25ABANDONO DE EMPLEO	
26SENTENCIA EJECUTORIA	
27CAMBIO DE ADSCRIPCIÓN	
28POR TERMINO DE CARGO (Solo Municipios y Supuestos designados por el Ejecutivo)	
29DICTAMEN DE INVALIDEZ (ISSEF)	

(Hoja 2)

Formato DGRH 03
Movimientos de Personal

Instructivo de Llenado

Nombre de la Forma: Movimientos de personal.
Objeto de la Forma: Gestionar las afectaciones autorizadas al capítulo 1000, Servicios Personales por:

Altas
Plaza Vacante.
Plaza de Nueva Creación.

Movimientos de Personal
Transferencia.
Permuta.
Promoción (exceptuando promoción en cambio de nivel)

Bajas
Renuncia del Trabajador.
Cese Motivado por el Trabajador.
Fallecimiento del Trabajador.
Incapacidad Permanente, Física o Mental que impida al Trabajador desempeñar sus labores.
Jubilación/pensión

Descuentos
Retardo.
Falta Injustificada.
Uso indebido de las líneas telefónicas del Gobierno.

Vacaciones

Licencias
Suspensión Temporal

Instrucciones Generales: Este formato será llenado a máquina y los datos no deberán invadir los límites de los recuadros, o presentar tachaduras o enmendaduras, se deberá

utilizar un formato para cada tipo de movimiento. Asimismo, deberá de ser firmado de manera autógrafa por el Titular del Área Administrativa, el Titular del Organismo Centralizado o de la Entidad Paraestatal de la Administración Pública Estatal, el Director de Recursos Humanos de la SAFIN y el Director General de Recursos Humanos y Estructuras Ocupacionales de la SAFIN.

Elabora: Organismos Centralizados o las Entidades Paraestatales (Unidad Administrativa).
Destino: La Dirección de Recursos Humanos.
Número de Copias: Tres copias.
Original: Expediente del servidor público.
1a. copia: Minutario de la Unidad de Enlace de Incidencias.
2a. copia: Subdirección de Procesos de Nómina de la Dirección de Recursos Humanos.
3a. copia: Unidad Administrativa de los Organismos Centralizados y las Entidades Paraestatales.

Instrucciones de Llenado

1. **C.:** El nombre del Secretario de Administración y Finanzas.
2. **No. Oficio:** La numeración otorgada por los Organismos Centralizados y las Entidades Paraestatales.
3. **Tipo de Nómina:** anotar el tipo de nómina que corresponda el movimiento pudiendo ser General, Descentralizada, Interina.
4. **Estructura Programática:** Se anotará la clave completa (39 dígitos).
5. **Organismos Centralizados o las Entidades Paraestatales.**
6. **Unidad Administrativa.**
7. **No. De movimiento DGRH (Fecha y Número):** el día, mes y año en que fue llenado el formato. Se requisita por la Dirección General de Recursos Humanos y Estructuras Ocupacionales.

Datos del Personal:

8. **Nombre:** Anotar el nombre, apellido paterno y materno del servidor público de acuerdo a su acta de nacimiento.
9. **RFC:** La clave del Registro Federal de Contribuyentes a 12 o 13 posiciones.
10. **CURP:** La clave única de registro de población, de acuerdo con su cédula de identificación fiscal.
11. **IMSS:** Anotar su número de afiliación.

12. **Número del Empleado:** El número de control único e interpersonal que corresponde al servidor público para efecto de nómina y de control de personal. El número que le corresponde al empleado según nómina.
13. **Correo Electrónico:** Dirección de E-mail personal.

Datos del Movimiento:

Marque con una X el tipo de incidencia (alta, baja, licencia, vacaciones, suspensión temporal).

14. **Clave de Identificación de la causa.** Anotar la clave del concepto de acuerdo al movimiento que aplique (consultar hoja 2 del formato)
15. **Especifique:** Anotar la descripción del concepto del qué se trata el movimiento de personal de acuerdo a las claves de identificación de causas (consultar hoja 2 del formato).
16. **Radicación:** El lugar donde se encuentra adscrito su centro de trabajo.
17. **Puesto y Nivel:** El nombre y nivel del puesto según denominación del catálogo de puestos.
18. **Clave del Puesto:** Las siglas del puesto (según denominación del catálogo de puestos).
19. **Percepción Mensual:** Importe del monto mensual bruto (01) autorizado para el puesto en el ejercicio fiscal en cuestión.
20. **Sustituye a:** Llenar este apartado con el nombre del empleado a quien se sustituye al tratarse de una suplencia, plaza o contrato vacante.
21. **A partir del:** Si se trata de una Plaza vacante indicar la fecha en que iniciará a laborar; si se trata de una suplencia anotar el periodo que abarca la suplencia.
22. **Tipo de Plaza:** Señalar con una "X" el tipo de plaza a ocupar. En el caso de suplencias o contratos no se llena este campo.
23. **Vigencia:** definitiva al tratarse de plaza, interino en el caso de suplencias, o contrato en el caso de contrataciones de personal por tiempo determinado.

Descuentos: Llene este apartado si el movimiento es de descuento. Marque con una "X" el movimiento.

24. **Total de Días:** El número de días a descontar.
25. **Retardos del (los) día (s):** Anotar los días, mes y año de los retardos.
26. **Faltas injustificadas del (los) día (s):** El (los) día(s), mes y año de las faltas que no tienen justificación.
27. **Otros descuentos:**
28. **Monto:** La cantidad a descontar.
29. **Número de quincenas:** Numero de quincenas a descontar.

Observaciones: Anotar información que permita identificar el origen de la vacante a ocupar y demás particularidades que faciliten el control del movimiento (sindicato al

que pertenece el servidor público, etc.). Para el caso de suplencias deberá indicarse el número total de días a pagar y las especificaciones que se consideren pertinentes para dar soporte a dicha suplencia.

Firmas: La firma de las autoridades que autorizan el movimiento, incluyendo al Titular del Organismo Centralizado o de la Entidad Paraestatal de la Administración Pública Estatal.

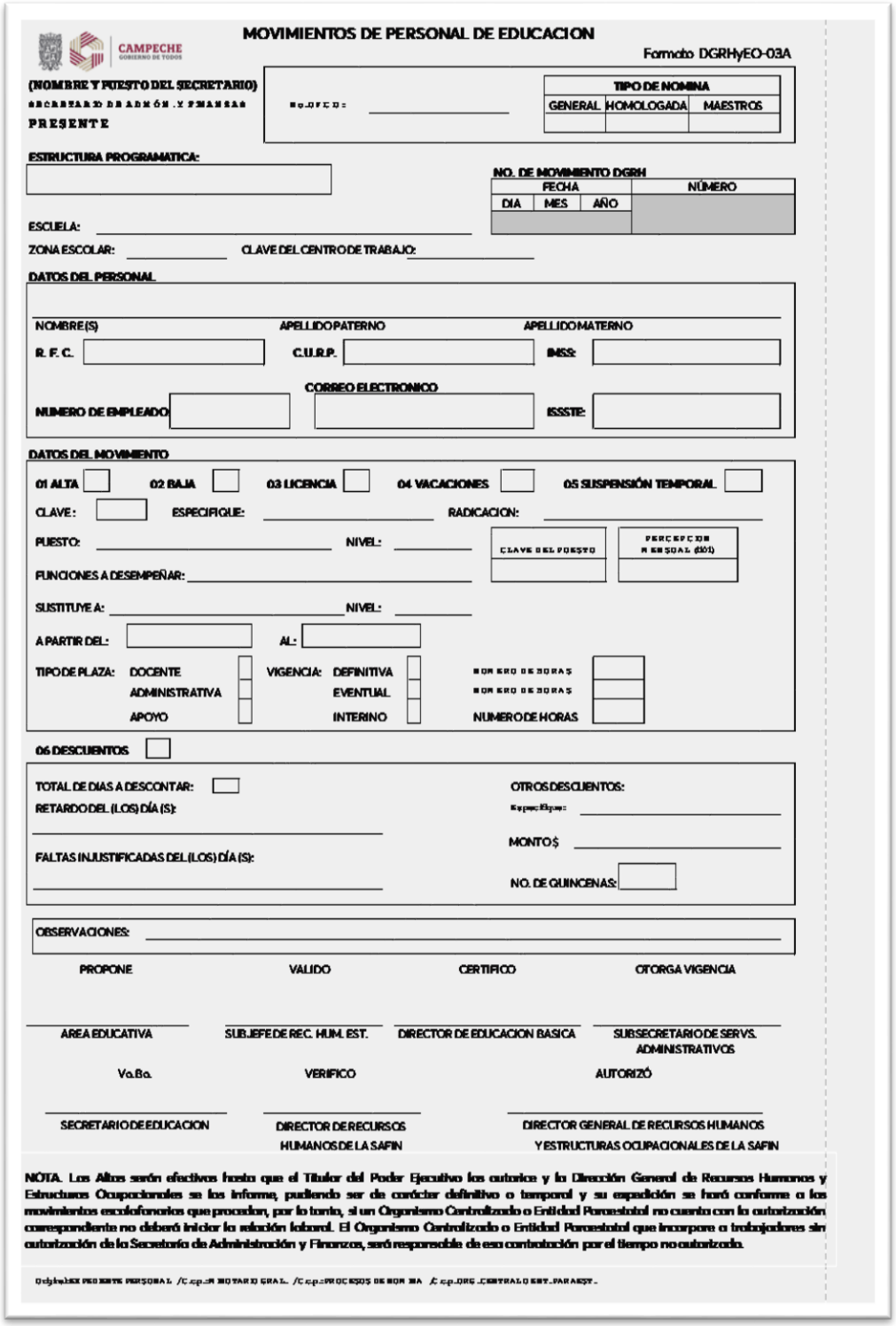
Datos Personales del Empleado: Anotar los datos siguientes:

30. **Domicilio.** El nombre de la calle, el No. o letra exterior y/o interior y el nombre de las calles entre las que se encuentra el domicilio. Así como el barrio o colonia y el Código Postal.
31. **Teléfono:** El número telefónico de su domicilio.
32. **Estado Civil:** Anotar su estado civil.
33. **Sexo:** Anotar su género.
34. **Escolaridad:** Anotar la profesión o el último grado de estudios.

Firma del Empleado: La firma autógrafa legible del trabajador que corrobora sus datos personales en los casos de movimientos de altas, promociones, cambios de adscripción, interinos nuevos, etc.

Formato DGRHyEO-03 A
Movimientos de Personal de Educación

Anexo 18



MOVIMIENTOS DE PERSONAL DE EDUCACION

Formato DGRHyEO-03A

(NOMBRE Y PUESTO DEL SECRETARIO)
SECRETARIO DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
PRESENTE

No. OFICIO: _____

TIPO DE NOMINA		
GENERAL	HOMOLOGADA	MAESTROS

ESTRUCTURA PROGRAMATICA:

NO. DE MOVIMIENTO DGRH

FECHA			NÚMERO
DIA	MES	AÑO	

ESCUELA: _____

ZONA ESCOLAR: _____ CLAVE DEL CENTRO DE TRABAJO: _____

DATOS DEL PERSONAL

NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

R. F. C. C.U.R.P. IMSS:

CORREO ELECTRONICO

NUMERO DE EMPLEADO ISSSTE:

DATOS DEL MOVIMIENTO

01 ALTA 02 BAJA 03 LICENCIA 04 VACACIONES 05 SUSPENSIÓN TEMPORAL

CLAVE: ESPECIFIQUE: RADICACION:

PUESTO: _____ NIVEL: _____ CLAVE DEL PUESTO | PERCEPCION MENSUAL (101)

FUNCIONES A DESEMPEÑAR: _____

SUSTITUYE A: _____ NIVEL: _____

A PARTIR DEL: AL:

TIPO DE PLAZA: DOCENTE ADMINISTRATIVA APOYO

VIGENCIA: DEFINITIVA EVENTUAL INTERINO

NUMERO DE HORAS | NUMERO DE HORAS | NUMERO DE HORAS

06 DESCUENTOS

TOTAL DE DIAS A DESCONTAR:

RETARDO DEL (LOS) DÍA (S):

FALTAS INJUSTIFICADAS DEL (LOS) DÍA (S):

OTROS DESCUENTOS:

Especifique: _____

MONTO$ _____

NO. DE QUINCENAS:

OBSERVACIONES: _____

PROPONE	VALIDO	CERTIFICO	OTORGA VIGENCIA
AREA EDUCATIVA	SUBJEFE DE REC. HUM. EST.	DIRECTOR DE EDUCACION BASICA	SUBSECRETARIO DE SERVS. ADMINISTRATIVOS
Vo.Bo.	VERIFICO		AUTORIZÓ
SECRETARIO DE EDUCACION	DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS DE LA SAFIN		DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS HUMANOS Y ESTRUCTURAS OCUPACIONALES DE LA SAFIN

NOTA. Los Altas serán efectivos hasta que el Titular del Poder Ejecutivo los autorice y la Dirección General de Recursos Humanos y Estructuras Ocupacionales se los informe, pudiendo ser de carácter definitivo o temporal y su expedición se hará conforme a los movimientos escalafonarios que procedan, por lo tanto, si un Organismo Centralizado o Entidad Paraestatal no cuenta con la autorización correspondiente no deberá iniciar la relación laboral. El Organismo Centralizado o Entidad Paraestatal que incorpore a trabajadores sin autorización de la Secretaría de Administración y Finanzas, será responsable de esa contratación por el tiempo no autorizado.

Objetivo: EXPEDIENTE PERSONAL /C.c.p.: NOTARIO GRAL. /C.c.p.: PROCESOS DE NOMINA /C.c.p.: ORG. CENTRALIZADO ENT. PARAEST.

(Hoja 1)

07 DATOS PERSONALES DEL EMPLEADO

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Calle No. Ext. Int. Estado Civil: _____

_____ Sexo: _____

Barrio o Colonia Código Postal

Escolaridad: _____ _____

Firma

Nota: Todo servidor público está obligado a presentar las declaraciones de situación patrimonial y de intereses, conforme a los artículos 32 y 33 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 14 de julio de 2017, en su punto Tercero dispone: "La obligación de los servidores públicos para presentar sus respectivas declaraciones de situación patrimonial y de intereses que no se encontraban como obligatoria hasta antes del 19 de julio de 2017, fecha en la que entra en vigor la Ley General de Responsabilidades Administrativas, será exigible a partir del momento en el CCSNA, dé a conocer de manera oficial los formatos que se aplicaran para la presentación de dichas declaraciones y estos se encuentren operables."

Los plazos para cumplir esta obligación son los siguientes:

I. Declaración inicial, dentro de los sesenta días naturales siguientes a la toma de posesión.

II. Declaración de modificación patrimonial, durante el mes de mayo de cada año, y

III. Declaración de conclusión del encargo, dentro de los sesenta días naturales siguientes a la conclusión.

08 ANEXOS

COPIAS
1.-ORIGINAL DE LA CÉDULA ÚNICA DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL CON FOTO RECIENTE.
2.-ORIGINALES DE LA CREDENCIAL PARA VOTAR
3.-COPIA CON LEGIBILIDAD DE LA CONSTANCIA DE SITUACIÓN FISCAL, CON ACTIVIDAD DE SUELDOS Y SALARIOS, CON RFC EXPEDIDO POR LA S.H.C.P.*
4.-COPIA CON LEGIBILIDAD DE LA CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP)
5.-COPIA CON LEGIBILIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE SUELDO (DESDE SOC. EXP. POR EL M.S.S.
6.-COPIA CON LEGIBILIDAD DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR (INE)
7.-ORIGINAL DE LA CONSTANCIA DE NO INHABILITACIÓN PARA ELEMENTOS VIGENTES A LA FECHA DE ALTA, EXP. POR LA CONTRALORÍA
8.-CUATRO FOTOGRAFÍAS RECIENTES TAMAÑO INFANTIL
9.-ORIGINAL DE CERTIFICADO DE SALUD
10.-COPIA CON LEGIBILIDAD DE LA ÚLTIMA CONSTANCIA DE ESTUDIOS Y COPIA CON LEGIBILIDAD DE CÉDULA PROFESIONAL Y DE LICENCIATURA
11.-ORIGINAL Y COPIA CON LEGIBILIDAD DE CORREO COLOR VIVAS
12.-ORIGINAL Y COPIA DE LA CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA PAGO DE NÓMINA TARJETA BANCARIA (ANEXAR COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR)
13.-ORIGINAL Y COPIA DEL FORMATO "FOLHA DE SERVIÇO"
14.-ORIGINAL DE LA CARTA CON PROPUESTA DE SALARIO DE PUESTO
15.-ORIGINAL Y COPIA DE AVISO DE RESCISIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL Y DOS COPIAS LEGIBLES DE AVISO PARA RETENCIÓN DE DESCUENTOS PARA EL PERSONAL DE NUEVO INGRESO QUE CUENTEN CON CRÉDITOS DE INFONAVIT
16.-COPIA CON LEGIBILIDAD DEL COMPROBANTE DOMICILIARIO CATASTRAL O CON PROBANTE DE DOMICILIO VIGENTE (NO MAYOR A TRES MESES DE EMISIÓN)
17.-AVISO NOTIFICACIÓN DE PRESENTACIÓN DE DECLARACIÓN PATRIMONIAL
18.-ORIGINAL Y COPIA DE LA SOLICITUD DE APLICACIÓN DE SUBSIDIO PARA EL EMPLEO.
19.-COPIA DE LA CARTILLA MILITAR (PERSONAL DE SEXO MASCULINO PARA PROCORACIÓN DE JUSTICIA)
20.-CERTIFICADO DE CENTRO ESCOLAR Y CONTROL DE CONFIANZA DE LOS ELEMENTOS DE CAPACITACIÓN PARA EL PERSONAL DE SEXO MASCULINO PARA PROCORACIÓN DE JUSTICIA)
OTROS (Especificar)

NOTA:

*Entregar Originales

09 CLAVES DE IDENTIFICACION DE CAUSAS DE:

ALTAS Y BAJAS	
EVENTUALES Y/O INTERINATOS	
05 INCORPORACIÓN GENERAL	39 CONTRATO
06 INCORPORACIÓN PROFESIONAL	40 RECONTRATACIÓN
07 MATERNIDAD	41 ARTÍCULO 69
08 CONFESIÓN OFICIAL	42 DEVOLUTIVO
09 TRANSFERENCIA DE ADSCRIPCIÓN	43 PERMISOS MEDICAL
10 LICENCIA PERSONAL	44 CAMBIO DE ADSCRIPCIÓN
11 OCUPAR CARGO DE ELECCIÓN POPULAR	45 VACANTE (INTERINO - SUPLENCIA)
12 CITAR EN DE INVALIDEZ PARCIAL (IMSS)	
13 REINGRESOS ACORDADOS	
14 FALTAS INJUSTIFICADAS	
15 VACACIONES	
16 SOLICITUD DE INCAPACIDAD PARCIAL (CONFORME A LA LEY DE LA MATERIA)	
DEFINITIVOS	
17 VACANTE	38 TERMINACIÓN ARTICULADA
18 PROMOCIÓN DE PLAZA	
19 RENUNCIA	
20 CITAR EN DE CESE	
21 FALLECIMIENTO	
22 JUBILACIÓN	
23 PENSIÓN	
24 TERMINACIÓN DE CONTRATOS	
25 ABANDONO DE PUESTO	
26 SENTENCIA EJECUTORIA	
27 CAMBIO DE ADSCRIPCIÓN	
28 POR TERMINO DE COMISIÓN (Solo para empleados de Confianza que hayan sido promovidos de plaza operativa a Ejecutivo)	
29 CITAR EN DE INVALIDEZ (IMSS)	

(Hoja 2)

Formato DGRHyEO-03 A
Movimientos de Personal de Educación

Instructivo de Llenado

Nombre de la Forma. Movimientos de Personal de Educación
Objeto de la Forma. Gestionar las afectaciones autorizadas al capítulo 1000, Servicios Personales por:
Altas
Plaza Vacante.
Plaza de Nueva Creación.

Movimientos de Personal
Transferencia.
Permuta.
Promoción (exceptuando promoción en cambio de nivel)

Bajas
Renuncia del Trabajador.
Cese motivado por el Trabajador.
Fallecimiento del Trabajador.
Incapacidad Permanente, Física o Mental que impida al Trabajador desempeñar sus labores.
Jubilación/pensión

Descuentos
Retardo.
Falta Injustificada.
Uso Indebido de las líneas telefónicas del Gobierno.

Vacaciones

Licencias
Suspensión temporal

Instrucciones Generales: Este formato será llenado a máquina y los datos no deberán invadir los límites de los recuadros, o presentar tachaduras o enmendaduras, se deberá utilizar un formato para cada tipo de movimiento. Asimismo, deberá de ser firmado de

manera autógrafa por el Titular del Área Administrativa, el Titular del Organismo Centralizado o de la Entidad Paraestatal de la Administración Pública Estatal, el Director de Recursos Humanos de la SAFIN y el Director General de Recursos Humanos y Estructuras Ocupacionales de la SAFIN.

Elabora: Organismos Centralizados o las Entidades Paraestatales (Unidad Administrativa).
Destino: La Dirección de Recursos Humanos.
Número de Copias: Tres copias.
Original: Expediente del servidor público.
1a. copia: Minutario de la Unidad de Enlace de Incidencias.
2a. copia: Subdirección de Procesos de Nómina de la Dirección de Recursos Humanos.
3a. copia: Unidad Administrativa de los Organismos Centralizados y las Entidades Paraestatales.

Instrucciones de Llenado

1. **C.:** El nombre del Secretario de Administración y Finanzas.
2. **No. Oficio:** La numeración otorgada por la Secretaría de Educación.
3. **Tipo de Nómina:** anotar el tipo de nómina que corresponda el movimiento pudiendo ser General, Homologada, Maestros.
4. **Estructura Programática:** Se anotará la clave completa (39 dígitos).
5. **Nombre de la Escuela;**
6. **Número de Zona Escolar;**
7. **Clave del Centro de Trabajo;**
8. **No. De movimiento DGRHyEO (Fecha y Número):** el día, mes y año en que fue llenado el formato. Se requisita por la Dirección General de Recursos Humanos y Estructuras Ocupacionales.

Datos del Personal:

9. **Nombre:** Anotar el nombre, apellido paterno y materno del servidor público de acuerdo a su acta de nacimiento.
10. **RFC:** La clave del Registro Federal de Contribuyentes a 12 o 13 posiciones.
11. **CURP:** La clave única de registro de población, de acuerdo con su cédula de identificación fiscal.
12. **IMSS:** Anotar su número de afiliación.
13. **ISSSTE:** Anotar su número de afiliación.

14. **Número del Empleado:** El número de control único e interpersonal que corresponde al servidor público para efecto de nómina y de control de personal. El número que le corresponde al empleado según nómina.
15. **Correo Electrónico:** Dirección de E-mail personal.

Datos del Movimiento:

Marque con una X el tipo de incidencia (alta, baja, licencia, vacaciones, suspensión temporal).

16. **Clave de Identificación de la causa.** Anotar la clave del concepto de acuerdo al movimiento que aplique (consultar hoja 2 del formato)
17. **Especifique:** Anotar la descripción del concepto del qué se trata el movimiento de personal de acuerdo a las claves de identificación de causas (consultar hoja 2 del formato).
18. **Radicación:** El lugar donde se encuentra adscrito su centro de trabajo.
19. **Puesto y Nivel:** El nombre y nivel del puesto según denominación del catálogo de puestos.
20. **Clave del Puesto:** Las siglas del puesto (según denominación del catálogo de puestos).
21. **Percepción Mensual:** Importe del monto mensual bruto (01) autorizado para el puesto en el ejercicio fiscal en cuestión.
22. **Funciones a desempeñar;**
23. **Sustituye a:** Llenar este apartado con el nombre del empleado a quien se sustituye al tratarse de una suplencia, plaza o contrato vacante.
24. **A partir del:** Si se trata de una Plaza vacante indicar la fecha en que iniciará a laborar; si se trata de una suplencia anotar el periodo que abarca la suplencia.
25. **Tipo de Plaza:** Señalar con una "X" el tipo de plaza a ocupar. En el caso de suplencias no se llena este campo.
26. **Vigencia:** definitiva al tratarse de plaza, interino en el caso de suplencias.
27. **Número de Horas:** Especifique el número de horas.

Descuentos: Llene este apartado si el movimiento es de descuento. Marque con una "X" el movimiento.

28. **Total de Días:** El número de días a descontar.
29. **Retardos del (los) día (s):** Anotar los días, mes y año de los retardos.
30. **Faltas injustificadas del (los) día (s):** El (los) día(s), mes y año de las faltas que no tienen justificación.
31. **Otros descuentos:** Especificar.
32. **Monto:** La cantidad a descontar.
33. **Número de quincenas:** Numero de quincenas a descontar.

Observaciones: Anotar información que permita identificar el origen de la vacante a ocupar y demás particularidades que faciliten el control del movimiento (sindicato al que pertenece el servidor público, etc.). Para el caso de suplencias deberá indicarse el número total de días a pagar y las especificaciones que se consideren pertinentes para dar soporte a dicha suplencia.

Firmas: La firma de las autoridades que autorizan el movimiento, incluyendo a las autoridades de la SEDUC.

Datos Personales del Empleado: Anotar los datos siguientes:

34. **Domicilio.** El nombre de la calle, el No. o letra exterior y/o interior y el nombre de las calles entre las que se encuentra el domicilio. Así como el barrio o colonia y el Código Postal.
35. **Teléfono:** El número telefónico de su domicilio.
36. **Estado Civil:** Anotar su estado civil.
37. **Sexo:** Anotar su género.
38. **Escolaridad:** Anotar la profesión o el último grado de estudios.

Firma del Empleado: La firma autógrafa legible del trabajador que corrobora sus datos personales en los casos de movimientos de altas, promociones, cambios de adscripción, interinos nuevos.

Formato

Anexo 19

Lista de Cotejo de Requisitos para el Alta del Personal de Nuevo Ingreso

CAMPECHE
GOBIERNO DE TODOS

LISTA DE COTEJO DE REQUISITOS PARA EL ALTA DEL PERSONAL DE NUEVO INGRESO

Organismo Centralizado o Entidad Paraestatal: _____

Nombre del Interesado: _____.

1.	ORIGINAL DE CEDULA UNICA DE IDENTIFICACION DE PERSONAL. (CON FOTO RECIENTE) (*)	
2.	ORIGINAL LEGIBLE DEL ACTA DE NACIMIENTO.	
3.	UNA COPIA LEGIBLE DE LA CONSTANCIA DE SITUACION FISCAL, CON ACTIVIDAD DE SUELDOS Y SALARIOS, CON EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES (R.F.C) EXPEDIDO POR LA S.H.C.P.	
4.	UNA COPIA LEGIBLE DE LA CLAVE UNICA DEL REGISTRO DE POBLACION. (CURP)	
5.	UNA COPIA LEGIBLE DE LA ASIGNACIÓN DEL NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL EXPEDIDO POR EL IMSS.	
6.	UNA COPIA LEGIBLE DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR (INE, INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL).	
7.	ORIGINAL DE LA "CONSTANCIA DE NO INHABILITACIÓN PARA EL EMPLEO" EXPEDIDA POR LA SECRETARIA DE CONTRALORIA VIGENTE A LA FECHA DE ALTA.	
8.	CUATRO FOTOGRAFIAS RECIENTES TAMAÑO INFANTIL.	
9.	ORIGINAL DEL CERTIFICADO DE SALUD.	
10.	COPIA LEGIBLE DE LA ÚLTIMA CONSTANCIA DE ESTUDIOS Y EN CASO DEL PERSONAL MÉDICO Y DOCENTE UNA COPIA LEGIBLE DE SU CEDULA PROFESIONAL Y DE LICENCIATURA Y EN SU CASO DE ESPECIALIDAD.	
11.	ORIGINAL O COPIA LEGIBLE DEL CURRICULUM VITAE.	
12.	ORIGINAL Y COPIA DE LA CARTA DE AUTORIZACION PARA PAGO DE NÓMINA VIA TRANSFERENCIA BANCARIA (ANEXAR COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR)	
13.	ORIGINAL Y COPIA DEL FORMATO DE LA "POLIZA DE SEGURO DE VIDA" DEBIDAMENTE LLENADO POR EL TRABAJADOR.	
14.	ORIGINAL DE LA CARTA COMPROMISO DE COMPATIBILIDAD DE EMPLEO.	
15.	ORIGINAL Y COPIA DEL AVISO DE RESPONSIVA DE ACREDITACION ANTE EL INFONAVIT Y DOS COPIAS LEGIBLES DEL AVISO PARA RETENCION DE DESCUENTOS PARA EL PERSONAL DE NUEVO INGRESO QUE CUENTE CON CRÉDITO DE INFONAVIT.	
16.	UNA COPIA LEGIBLE DEL COMPROBANTE DOMICILIARIO CATASTRAL O COMPROBANTE DE DOMICILIO VIGENTE (RECIBO DE TELEFONO, ENERGÍA ELECTRICA, AGUA CON FECHA DE EMISIÓN NO MAYOR A 3 MESES).	
17.	AVISO-NOTIFICACION DE PRESENTACIÓN DE DECLARACION PATRIMONIAL.	
18.	ORIGINAL Y COPIA DE LA SOLICITUD DE APLICACIÓN DEL SUBSIDIO PARA EL EMPLEO.	
19.	COPIA LEGIBLE DE LA CARTILLA DEL SERVICIO MILITAR NACIONAL LIBERADA (SOLO PARA PERSONAL DE SEG. PUB. Y PROCURACIÓN DE JUSTICIA)	
20.	CERTIFICADO DEL CENTRO DE EVAL. Y CONTROL DE CONFIANZA DEL EDO. DE CAMP. (SOLO PARA EL PERSONAL DE SEG. PUB. Y PROCURACIÓN DE JUSTICIA).	

(*) NOTA: NO OMITIR INCLUIR EN LA CÉDULA ÚNICA DE IDENTIFICACIÓN DE PERSONAL EL CORREO ELECTRÓNICO DEL INTERESADO (REQUISITO 1).

Anexo 20

Formato
Aviso-Notificación de Presentación de Declaración Patrimonial

CAMPECHE

AVISO-NOTIFICACIÓN DE PRESENTACIÓN DE DECLARACION PATRIMONIAL

Al ingreso en el Poder Ejecutivo del Estado, **todo servidor público**, tiene la obligación de presentar declaración de situación patrimonial y de intereses, conforme lo señala el artículo **32** de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, que a la letra dice *"Estarán obligado a presentar las declaraciones de situación patrimonial y de intereses, bajo protesta de decir verdad y ante las Secretarias o se respectivo Órgano interno de control, todos los Servidores Públicos, en los términos previstos en la presente Ley. Asimismo, deberán presentar su declaración fiscal anual, en los términos que disponga la legislación de la materia."*

Art. 33.- *"La declaración de situación patrimonial deberá presentarse en los siguientes plazos".*

I. **Declaración Inicial**, dentro de los sesenta días naturales siguientes a la toma de posesión con motivo del:
   a) Ingreso al servicio público por primera vez;
   b) Reingreso al servicio público después de sesenta días naturales de la conclusión de su ultimo encargo;

II. **Declaración de modificación patrimonial**, durante el mes de mayo de cada año, y

III. **Declaración de conclusión del encargo,** dentro de los sesenta días naturales siguientes a la conclusión.

En el caso de cambio de dependencia o entidad en el mismo orden de gobierno, únicamente se dará aviso de dicha situación y no será necesario presentar la declaración de conclusión.

Si transcurridos los plazos a que hacen referencia las fracciones I, II y III de este artículo, no se hubiese presentado la declaración correspondiente, sin causa justificada, se iniciará inmediatamente la investigación por presunta responsabilidad por la comisión de faltas administrativas correspondientes y se requerirá por escrito al Declarante el incumplimiento de dicha obligación.

Firmo de conocimiento y con el compromiso de cumplir con la obligación que la Ley me mandata como servidor público en el Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Campeche.

Nombre:
Domicilio:
Teléfono: **(981)**
Área de Adscripción:
Puesto: Nivel:

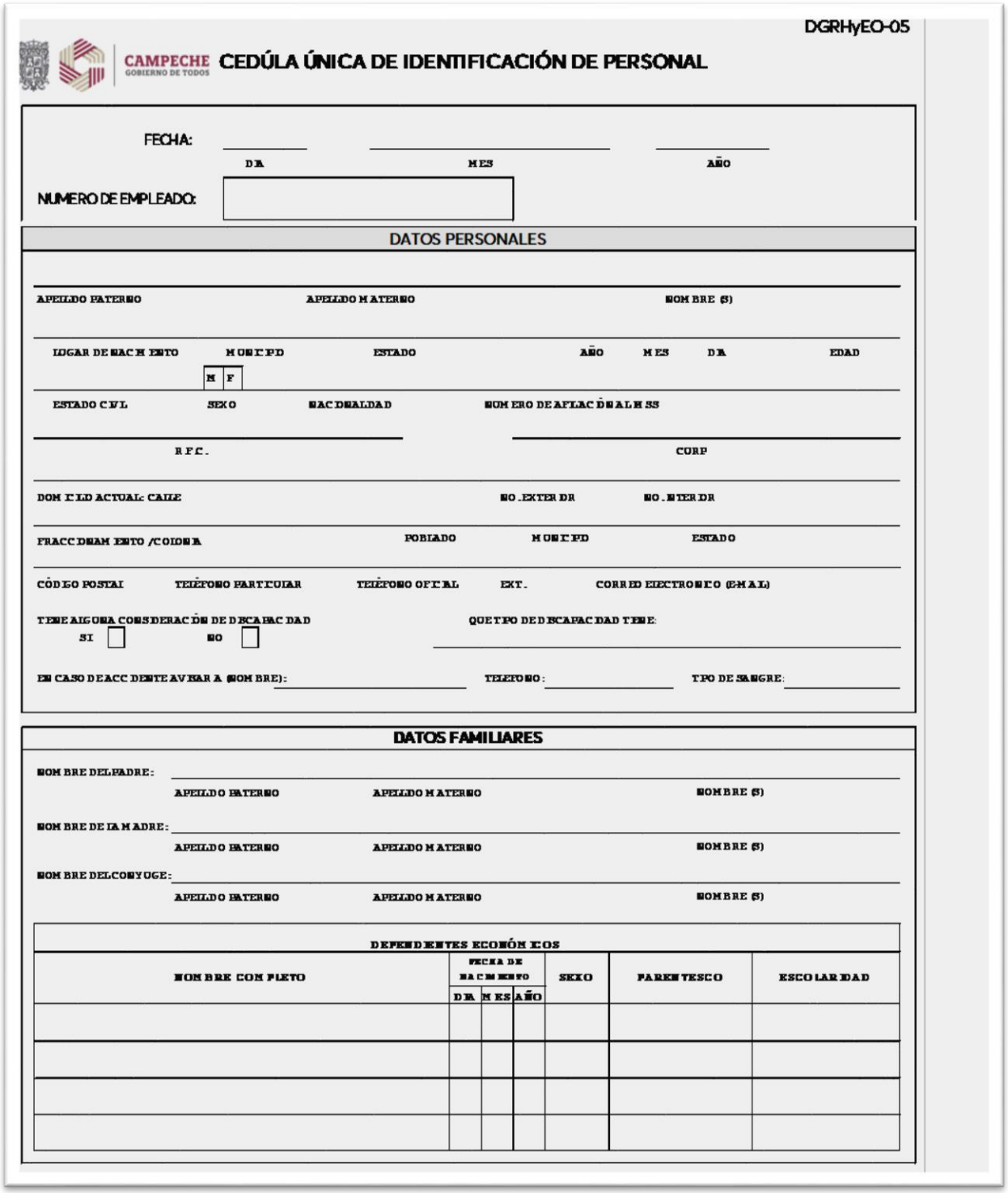
_____
Firma del Trabajador

San Francisco de Campeche Cam; a de de de 20 .

C.c.p.- Dirección General de Asuntos Jurídicos de la SECONT

Formato DGRHyEO-05
Cédula Única de Identificación de Personal

Anexo 21



DGRHyEO-05

CAMPECHE GOBIERNO DE TODOS **CEDÚLA ÚNICA DE IDENTIFICACIÓN DE PERSONAL**

FECHA: _____ DÍA _____ MES _____ AÑO

NUMERO DE EMPLEADO:

DATOS PERSONALES

APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRE (S)

LUGAR DE NACIMIENTO | MUNICIPIO | ESTADO | AÑO | MES | DÍA | EDAD

SEXO [M] [F]

ESTADO CIVIL | SEXO | NACIONALIDAD | NUMERO DE AFILIACIÓN IMSS

R.F.C. | CURP

DOMICILIO ACTUAL: CALLE | NO. EXTERIOR | NO. INTERIOR

FRACCIONAMIENTO /COLONIA | POBLADO | MUNICIPIO | ESTADO

CÓDIGO POSTAL | TELÉFONO PARTICULAR | TELÉFONO OFICINA | EXT. | CORREO ELECTRONICO (E-MAIL)

TIENE ALGUNA CONSIDERACIÓN DE DISCAPACIDAD
SI [ ] NO [ ]

QUE TIPO DE DISCAPACIDAD TIENE:

EN CASO DE ACCIDENTE AVISAR A (NOMBRE): TELEFONO: TIPO DE SANGRE:

DATOS FAMILIARES

NOMBRE DEL PADRE:
APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRE (S)

NOMBRE DE LA MADRE:
APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRE (S)

NOMBRE DEL CONYUGE:
APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRE (S)

DEPENDIENTES ECONÓMICOS

NOMBRE COMPLETO	FECHA DE NACIMIENTO			SEXO	PARENTESCO	ESCOLARIDAD
	DÍA	MES	AÑO			

(Hoja 1)

ESCOLARIDAD

PRIMARIA ☐ SECUNDARIA ☐ BACHILLERATO/PREPARATORIA ☐ LICENCIATURA ☐

TITULO OBTENIDO: _____

OTROS: _____

_____

EXPERIENCIA LABORAL

EMPRESA	PERIODO	CARGO	MOTIVO DE LA SEPARACIÓN

EMPLEO ACTUAL Y/O PUESTO

ADSCRIPCIÓN _____ CARGO _____ FECHA DE INGRESO _____

DATOS ECONÓMICOS

PERCIBE OTROS INGRESOS SI ☐ NO ☐

SU VIVIENDA ES: PROPIA ☐ RENTADA ☐ PRESTADA ☐ OTRAS ☐

POSEE AUTOMÓVIL: SI ☐ NO ☐

TRABAJA SU CÓNYUGE: SI ☐ NO ☐ ¿DÓNDE? _____

LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS DEL ESTADO DE CAMPECHE

Art. 40.- Se le informa que los datos personales que usted proporcione serán protegidos, incorporados y tratados en la BASE DE DATOS PERSONALES DE RECURSOS HUMANOS.

La UNIDAD ADMINISTRATIVA ante la cual se podrán ejercer los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición de datos personales (derechos ARCO), el lugar donde se encuentra la Unidad de Transparencia de la Secretaría de Administración y Finanzas del Poder Ejecutivo del Estado de Campeche ubicada en Calle 59 No. 325, entre 63 y 65, Parte Baja, Zona Centro, C.P. 24000, Edificio "San Francisco de Campeche", Campeche, en horario de 9:00 a 14:00 hrs. de lunes a viernes, con teléfono 9811119200 extensiones 32360 y 32310, o a los correos electrónicos transparencia_sefin@campeche.gob.mx y/o, a través de la Plataforma Electrónica de Transparencia

FIRMA DEL TRABAJADOR

(Hoja 2)

Anexo 22

Formato DGRHyEO-06
Carta de Autorización para Pago de Nómina
Vía Transferencia Bancaria

GOBIERNO DE TODOS

SAFIN
GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE

Formato DGRHyEO-06

CARTA DE AUTORIZACION PARA EL PAGO DE NOMINA
VIA TRANSFERENCIA BANCARIA

INSTITUCIONES BANCARIAS						
HSBC	BANCOMER	SANTANDER	CITIBANAMEX	BANORTE	BANCO AZTECA	SCOTIABANK

C. NOMBRE
DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS DE LA SAFIN
PRESENTE

DATOS LABORALES:

NOMBRE COMPLETO:			
DEPENDENCIA :		RAMO :	
No. DE EMPLEADO:		C. U. R. P. :	
FECHA DE INGRESO:		R. F. C. :	
AFILIACION DEL I.M.S.S.		FECHA NACIMIENTO:	
LUGAR DE NACIMIENTO:		NACIONALIDAD:	
SEXO:		ESTADO CIVIL:	
PUESTO ACTUAL:		DELEGACION:	
TELEFONO PARTICULAR:			

VINCULACION DE CUENTA BANCARIA

☐ HSBC ☐ BANCOMER ☐ SANTANDER ☐ CITIBANAMEX ☐ BANORTE ☐ BANCO AZTECA ☐ SCOTIABANK

AL SELECCIONAR LA OPCION DEL BANCO PARA VINCULACION DE CUENTA, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE EL IMPORTE NETO DE MI SUELDO, ME SEA CUBIERTO VIA SISTEMA, EN LA CUENTA BANCARIA DE LA CUAL ANEXARA COPIA DEL ESTADO DE CUENTA O CONTRATO APERTURADO A MI NOMBRE.

GESTION DE APERTURA DE CUENTA BANCARIA POR LA SAFIN

1.- ☐ BANCOMER ☐ SANTANDER ☐ SCOTIABANK

2.- ☐ HSBC ☐ SANTANDER ☐ BANCOMER ☐ CITIBANAMEX ☐ BANORT ☐ BANCO AZTECA ☐ SCOTIABANK

AL SELECCIONAR LA OPCION DE APERTURA CUENTA DE NOMINA LE INFORMO LO SIGUIENTE:

1. LA DIRECCION DE RECURSOS HUMANOS DE LA SAFIN, TRAMITARA SU TARJETA DE NOMINA Y NOTIFICARA A SU COORDINADOR ADMINISTRATIVO, LO ANTERIOR PARA QUE SE LE INDIQUE EL DIA QUE SE APERSONE A LA SUCURSAL BANCARIA Y SE LE ENTREGUE SU CONTRATO DE NOMINA PARA PROCEDER A DAR DE ALTA A SU NUMERO DE CUENTA CORRESPONDIENTE.

2. EN CASO DE QUE OPTE A APERTURAR DIRECTAMENTE LA CUENTA DE NÓMINA, DEBERA REMITIR COPIA DEL CONTRATO BANCARIO A LA DIRECCION DE RECURSOS HUMANOS DE LA SAFIN PARA SU TRAMITE Y ALTA CORRESPONDIENTE.

EL COMPROBANTE FISCAL DIGITAL POR INTERNET (C.F.D.I.), DONDE SE DESGLOSAN LAS PERCEPCIONES Y DEDUCCIONES, SERA ENVIADO AL CORREO ELECTRONICO PROPORCIONADO A LA DIRECCION DE RECURSOS HUMANOS

☐ *ANEXAR COPIA DE CREDENCIAL DE ELECTOR*

San Francisco de Campeche, Cam., a de de

FIRMA DE CONFORMIDAD

SECRETARIA DE ADMINISTRACION Y FINANZAS
Subsecretaría de Administración y Finanzas
Dirección General de Recursos Humanos y Estímulos Ocupacionales
Dirección de Recursos Humanos

Anexo 23

Formato
Póliza de Seguro de Vida

Consentimiento - Certificado Individual de la Póliza de Seguro VIDA GRUPO,

ZURICH

No. Póliza 12000-3330-0	Certificado

Datos del Contratante	Datos de la Póliza
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ISS871007TM3 10, No. SIN NUMERO ENTRE 63 Y 65, Int. CENTRO CAMPECHE, 24000	Subgrupo: 1 Categoría: 1

Asegurado	Sexo	Edad	F. Nacimiento	Alta	Antigüedad

Cobertura	Prima Neta

"Advertencia: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada".

Beneficiario	Parentesco	Porcentaje

Zurich Vida Compañía de Seguros, S.A., certifica que el asegurado anotado en este certificado forma parte de la colectividad asegurada bajo la póliza arriba citada y gozará de la protección que esta le otorga, desde la inscripción en el registro de asegurados, hasta la terminación de la misma y mientras pertenezcan a la colectividad.	**Firma del Solicitante**	**Funcionario Autorizado**

Firmado en :_____a_____de_____de_____.

"En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, bajo el registro número CNSF-S0082-0488-2016 de fecha 18/07/2016".

Zurich Vida Compañía de Seguros, S.A., Ejército Nacional 843 B SITE Torre Corporativo, Granada, Miguel Hidalgo, 11520, México, D.F., Tel: (55) 52841000 Fax: (55) 52841020

Formato DGRHyEO-07
Carta Compromiso de Compatibilidad de Empleo

Anexo 24

CAMPECHE
GOBIERNO DE TODOS

FORMATO DGRHyEO-07

CARTA COMPROMISO DE COMPATIBILIDAD DE EMPLEO

El trabajador que ingrese al servicio público para desempeñar algún cargo de base o de confianza de conformidad a lo establecido en el artículo 3° de la Ley de los Trabajadores al Servicio del Gobierno del Estado de Campeche del Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado, deberá sujetarse a lo dispuesto por el artículo 68 de la Ley de Disciplina Financiera y Responsabilidad Hacendaria del Estado de Campeche y sus Municipios, que a la letra dice: ***"Salvo lo previsto en otras disposiciones legales, el Ejecutivo Estatal por conducto de la Contraloría determinará en forma expresa y general los casos en que proceda aceptar la compatibilidad para el desempeño de dos o más empleos o comisiones con cargo a los presupuestos de las dependencias o entidades, sin perjuicio del estricto cumplimiento de las tareas, funciones, horarios y jornadas de trabajo que correspondan. En todo caso los interesados podrán optar por el empleo o comisión que les convenga".*** *La compatibilidad se da en dos o mas empleos siempre que se trate de Instituciones Públicas distintas, se desempeñen efectivamente las funciones en turnos diferentes o en horarios y jornadas de labores fijadas para la prestación del servicio, que no interfieran entre si y se cumplan los requisitos y perfiles del o los puestos a desempeñar", y artículo 38 fracción I de las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Campeche que a la letra dice* ***"Aceptar y desempeñar algún puesto, cargo, comisión oficial o particular cuando sea incompatible con las funciones y jornada que tiene asignada".***

Por tal motivo firmo voluntariamente y de conformidad la presente carta compromiso bajo protesta de decir verdad, que no cuento con trabajo que interfiera con este empleo como servidor público en el Poder Ejecutivo del Estado de Campeche.

Nombre:		
Domicilio:		
Teléfono:		
Edad:	*Sexo:*	*Estado civil:*

_____

Nombre y Firma de conformidad del Trabajador

Anexo 25

Formato DGRHyEO-08
Aviso de Responsiva de Acreditación ante el INFONAVIT

CAMPECHE
GOBIERNO DE TODOS

Formato DGRHyEO-08

AVISO DE RESPONSIVA DE ACREDITACION ANTE EL INFONAVIT

VIVIENDA	*SI* ☐	*NO* ☐
No. De Crédito		

Por este conducto informo al Poder Ejecutivo del Estado de Campeche, que a partir de mi ingreso al servicio, en caso de contar con un crédito de vivienda otorgado por el INFONAVIT, anexo Aviso para Retención de Descuentos para que se realice el descuento correspondiente vía nómina o por cheque; de conformidad con lo establecido en el artículo 29 fracción III de la Ley del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores.

NOMBRE:	
DOMICILIO:	
TELEFONO:	

**Nota, es responsabilidad del trabajador la veracidad de la información.*

_____
Firma de Conformidad del Trabajador

San Francisco de Campeche, Cam., a____ de _____ de ____.

Anexo 26

Formato
Aviso para Retención de Descuentos

AVISO PARA RETENCIÓN DE DESCUENTOS

INFONAVIT

FOLIO:
FECHA:

NOMBRE Y DOMICILIO FISCAL DE LA EMPRESA RETENEDORA	N.R.P.:
	R.F.C.:

El Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores ha otorgado un crédito de vivienda al trabajador, cuyos datos se consignan al calce, quien aceptó le sean efectuados descuentos a su salario, para amortizar su crédito; según se señala en el recuadro de "DESCUENTO" de este aviso, pudiendo ser:

- Descuento en porcentaje se calcula: Salario diario integrado por el porcentaje de descuento por los días laborados con crédito con cada salario que haya percibido el trabajador.
- Descuento en pesos se calcula: Cuota fija en pesos mensual por los meses del bimestre entre días del bimestre por días laborados con crédito.
- Factor de descuento, presenta dos variantes:
  - Para efectos de los descuentos correspondientes a 2016 y años anteriores, se debe considerar para el cálculo la cuota fija en VSM por el SMGDF por los meses del bimestre entre los días del bimestre por los días laborados con crédito.
  - Para efectos de descuentos posteriores al 1 de enero de 2017, se debe considerar para el cálculo el factor de descuento por el *valor de la Unidad Mixta INFONAVIT* base de cálculo por los meses del bimestre entre los días del bimestre por los días laborados con crédito.

El *valor de la Unidad Mixta INFONAVIT* se determina de conformidad con lo dispuesto en el artículo 6º transitorio del Decreto en materia de desindexación del salario mínimo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicado el 27 de enero del 2016 en el Diario Oficial de la Federación, considerando la actualización del salario mínimo, más el crecimiento porcentual de la inflación sustituyendo de esta manera el Salario Mínimo.

- Si el trabajador percibe un salario mínimo, no podrá exceder del 20% del mismo, con fundamento en los artículos 47 del Reglamento de Inscripción, Pago de Aportaciones y Entero de Descuentos al Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores; y 110 fracción VII de la Ley Federal del Trabajo.
- Cuando se indique el factor de descuento mensual y el periodo sea menor a los días que comprende el bimestre, deberá retener y enterar la parte proporcional de los días del bimestre efectivamente laborados por el trabajador.

Con fundamento en los artículos 23 fracción I de la Ley del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores; 1, 3 fracciones XXXVII y XLV, 4 fracción V, así como el artículo 9 del Reglamento Interior del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de junio de 2006, así como su reforma publicada en el mismo Diario el 31 de julio de 2017; 97 fracción III y 110 fracción III de la Ley Federal del Trabajo; 29 fracción III de la Ley del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores; 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53 y 54 del Reglamento de Inscripción, Pago de Aportaciones y Entero de Descuentos al Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores, deberá usted descontar del salario diario integrado de aportación, sin límite superior salarial y con la periodicidad con que efectúe el pago de éste, la cantidad que resulte conforme al tipo de descuento indicado en los puntos anteriores, a partir del día siguiente a aquel en que se le haya notificado el presente aviso, conforme a lo siguiente:

El entero de los descuentos se efectuará de manera bimestral conjuntamente con las aportaciones patronales, en la entidad receptora autorizada de su preferencia, a más tardar el día 17 del mes siguiente al bimestre que corresponda, cuando el último día para el cumplimiento de pago sea inhábil o viernes, se estará a lo dispuesto en el artículo 12 del Código Fiscal de la Federación, mediante el programa de cómputo aprobado por el Instituto o utilizando las "Cédulas de Determinación de Cuotas, Aportaciones y Amortizaciones" emitidas conjuntamente por el IMSS y el INFONAVIT, cuando así proceda.

Los patrones son solidariamente responsables del entero de los descuentos ante el Instituto, en términos de lo que señalen los artículos 26 fracción I del Código Fiscal de la Federación; 29 fracción III de la Ley del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores; 50, 51 y 52 del Reglamento de Inscripción antes citado, a partir del día siguiente a aquel en que reciban este aviso y hasta en tanto no se presente aviso de baja del trabajador en el formato AfiI-04 del IMSS-INFONAVIT o el equivalente, o reciban del Instituto el Aviso de Suspensión de Descuentos.

En caso de no dar cumplimiento a las obligaciones antes señaladas, se hará acreedor a la determinación y cobro de el (los) crédito(s) fiscal(es) y a las sanciones que correspondan por violaciones a la Ley y sus Reglamentos en los términos de los artículos 2, 4 y 6 del Código Fiscal de la Federación; y 30, 55, 56 y 57 de la Ley del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores; y 6, 7, 19, 20, 21, 22 y 25 del Reglamento para la Imposición de Multas por Incumplimiento de las Obligaciones que la Ley del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores y sus Reglamentos establecen a cargo de los Patrones.

Hacemos de su conocimiento, que por ningún motivo deberá sellar ni firmar este documento si el trabajador a que se refiere el mismo no guarda actualmente relación laboral con usted, en caso contrario, será responsable del entero de las amortizaciones que correspondan, sin perjuicio de aplicar el contenido del artículo 56 de la Ley del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores.

De conformidad con el artículo 48 del Reglamento de Inscripción, Pago de Aportaciones y Entero de Descuentos al Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores, la omisión de los datos de un trabajador en la Cédula de Determinación emitida por el Instituto Mexicano del Seguro Social, no exime al patrón de la obligación de retener y enterar los descuentos a través del programa de cómputo autorizado.

La recepción y firma de este Aviso, implica que acepta que la relación laboral que mantiene con el trabajador que se cita, se encuentra vigente y que no existen causas probables para que ésta se rescinda en términos de los artículos 47 y 51 de la Ley Federal del Trabajo o se termine por lo previsto en el artículo 53 de dicha Ley; dentro de los 90 días posteriores a la fecha de recepción y firma de este Aviso.

NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE CRÉDITO	RFC O CURP DEL TRABAJADOR	NOMBRE DEL TRABAJADOR Y DOMICILIO DE LA VIVIENDA OBJETO DEL CRÉDITO
DESCUENTO MENSUAL			
PORCENTAJE	PESOS	FACTOR DE DESCUENTO	

ATENTAMENTE

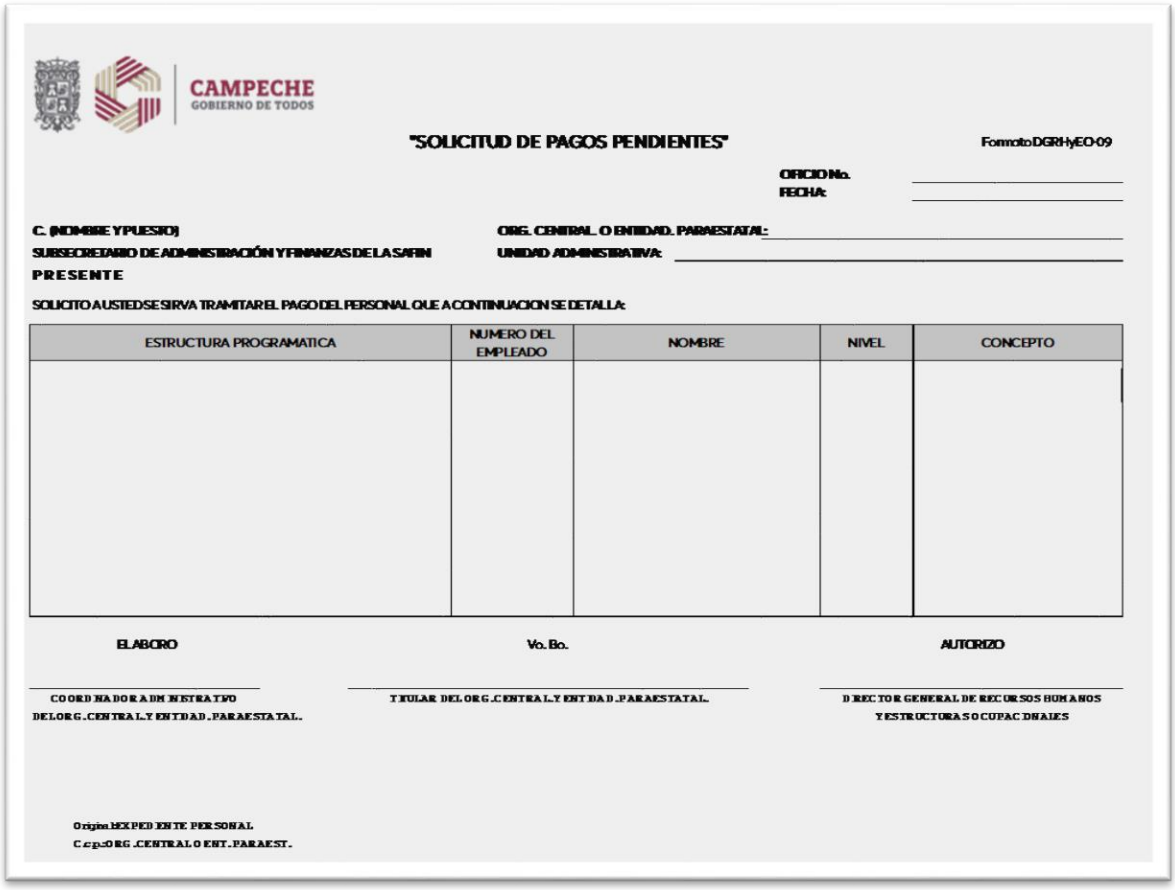
GERENTE SENIOR DE RECAUDACIÓN Y COBRANZA FISCAL

PERSONA QUE RECIBE EL AVISO		FECHA DE RECEPCIÓN	SELLO DE LA EMPRESA
NOMBRE	FIRMA	DD/MM/AAAA	

Act.02-2015/GSRyCF

Formato DGRHyEO-09
Solicitud de Pagos Pendientes

Anexo 27



CAMPECHE
GOBIERNO DE TODOS

"SOLICITUD DE PAGOS PENDIENTES"

Formato DGRHyEO-09

OFICIO No. _____
FECHA: _____

C. (NOMBRE Y PUESTO)
SUBSECRETARIO DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS DE LA SAFIN
PRESENTE

ORG. CENTRAL O ENTIDAD PARAESTATAL: _____
UNIDAD ADMINISTRATIVA: _____

SOLICITO A USTED SE SIRVA TRAMITAR EL PAGO DEL PERSONAL QUE A CONTINUACION SE DETALLA:

ESTRUCTURA PROGRAMATICA	NUMERO DEL EMPLEADO	NOMBRE	NIVEL	CONCEPTO

ELABORO

COORDINADOR ADMINISTRATIVO DEL ORG. CENTRAL Y ENTIDAD PARAESTATAL.

Vo. Bo.

TITULAR DEL ORG. CENTRAL Y ENTIDAD PARAESTATAL.

AUTORIZO

DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS HUMANOS Y ESTRUCTURAS OCUPACIONALES

Original EXPEDIENTE PERSONAL
C.c.p. ORG. CENTRAL O ENT. PARAEST.

Formato DGRHyEO-09
Solicitud de Pagos Pendientes

Instructivo de Llenado

Nombre de la Forma: Formato "Solicitud de Pagos Pendientes".
Objeto de la Forma: Gestionar los movimientos de personal motivados por el pago de tiempo extraordinario.
Instrucciones Generales: Este formato será llenado a máquina y los datos no deberán invadir los límites de los recuadros, presentar tachaduras o enmendaduras, se deberá utilizar un formato para cada tipo de movimiento, asimismo deberá de ser firmado por el Titular del Unidad Administrativa del Organismo Centralizado o la Entidad Paraestatal de la Administración Pública Estatal y el Director General de Recursos Humanos y Estructuras Ocupacionales de la SAFIN.
El importe será designado por la Dirección de Recursos Humanos (Unidad de Enlace).

Elabora: Organismos Centralizados y las Entidades Paraestatales (Unidad administrativa).
Destino: La Dirección de Recursos Humanos de la SAFIN.
Número de Copias: Dos copias.
Original: Expediente del servidor público.
1a. copia: Minutario de la Unidad de Enlace de Incidencias.
2a. copia: Unidad administrativa de los Organismos Centralizados y las Entidades Paraestatales de la Administración Pública Estatal.

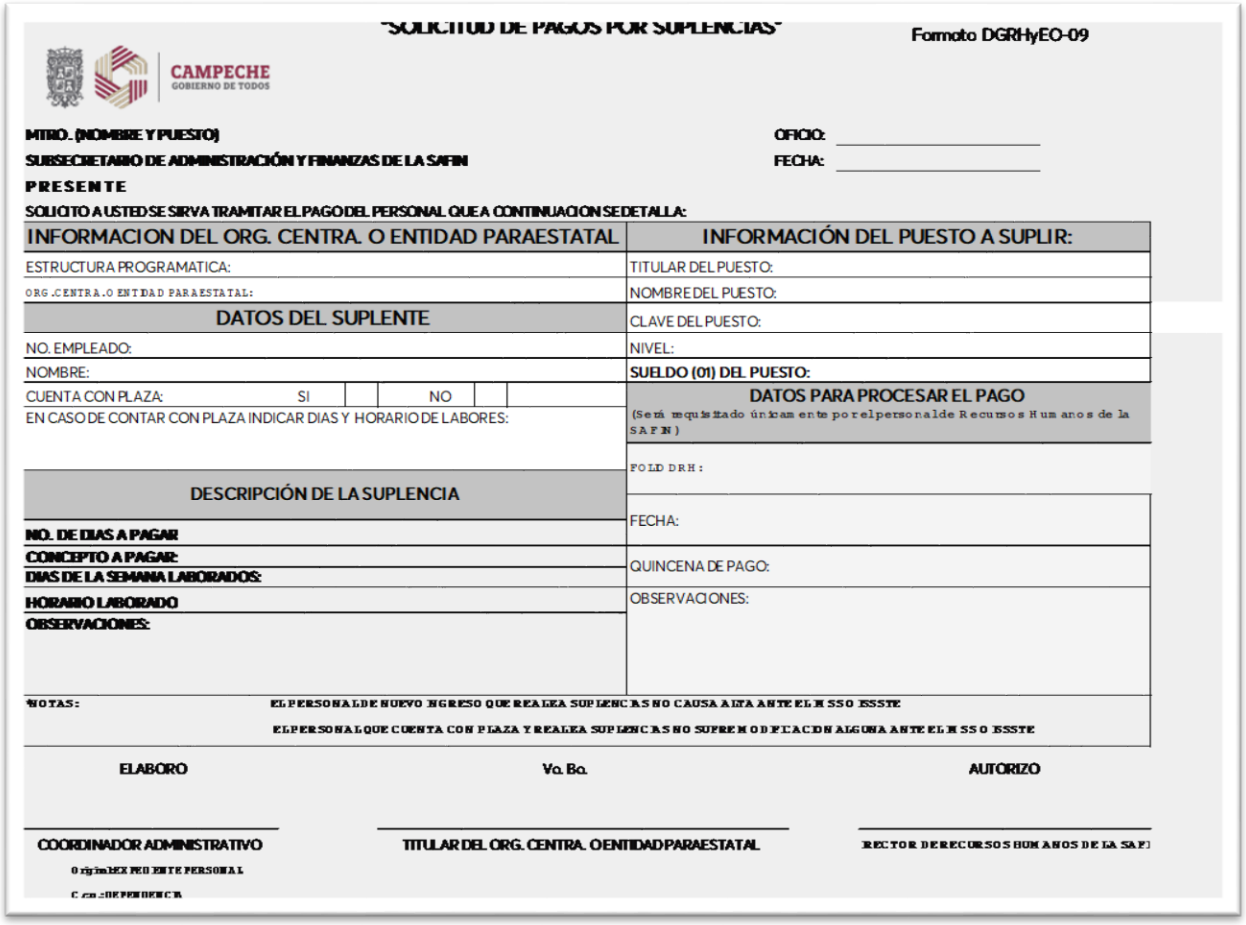
Instrucciones de Llenado

1. **Oficio:** La numeración otorgada por el Organismo Centralizado o la Entidad Paraestatal de la Administración Pública Estatal.
2. **Fecha:** El día, mes y año en que fue llenado el formato.
3. **C.** El nombre del Subsecretario de Administración y Finanzas.
4. **Organismo Centralizado o la Entidad Paraestatal de la Administración Pública Estatal:** El nombre del centro de trabajo.
5. **Unidad Administrativa:** El nombre del área administrativa en que el servidor público labora según el Reglamento Interior de cada Organismo Centralizado y Entidad Paraestatal.
6. **Estructura Programática:** Se anotará la clave completa a 39 dígitos.
7. **Número de Empleado:** El número de control único e interpersonal que corresponde al servidor público para efecto de nómina y de control de personal. El número que le corresponde al empleado según nómina.
8. **Nombre:** El nombre (s), apellido paterno y apellido materno del empleado de acuerdo a su acta de nacimiento.
9. **Nivel:** nivel del puesto según denominación del catálogo de puestos.

10. **Concepto:** Anotar información detallada que permita identificar y justificar el motivo de la solicitud.
11. **Firmas:** La firma de las autoridades superiores que autorizan, incluyendo al Titular del Organismo Centralizado o de la Entidad Paraestatal de la Administración Pública Estatal.

Anexo 28

Formato DGRHyEO-09 A
Solicitud de Pagos por Suplencias



"SOLICITUD DE PAGOS POR SUPLENCIAS" Formato DGRHyEO-09

CAMPECHE
GOBIERNO DE TODOS

MTRO. (NOMBRE Y PUESTO)
SUBSECRETARIO DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS DE LA SAFIN
PRESENTE

OFICIO: _____
FECHA: _____

SOLICITO A USTED SE SIRVA TRAMITAR EL PAGO DEL PERSONAL QUE A CONTINUACION SE DETALLA:

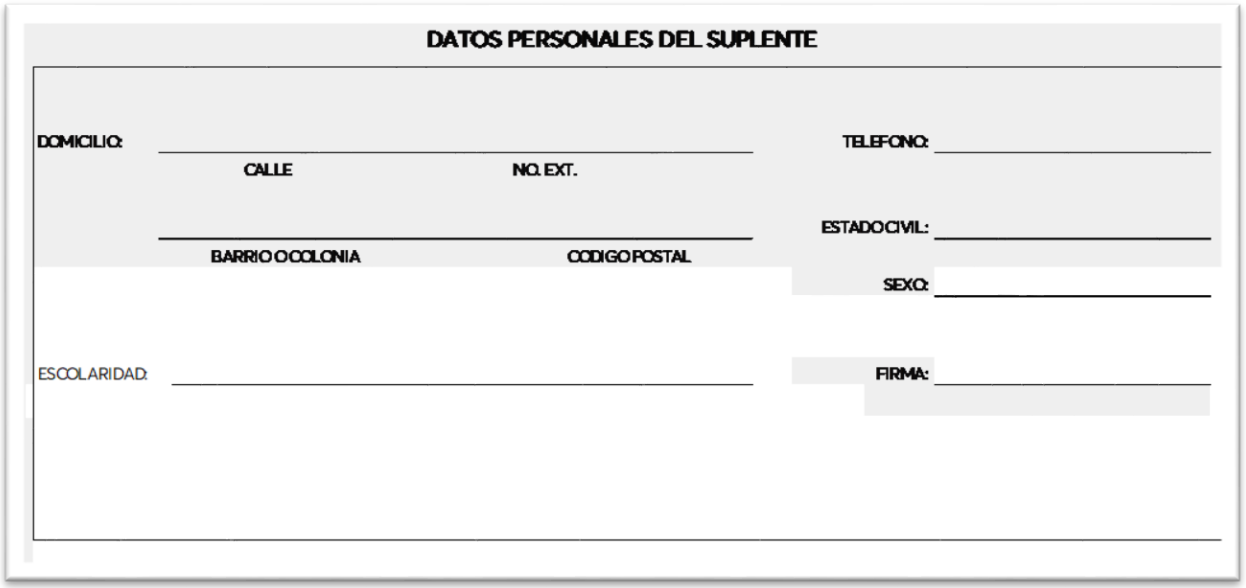
INFORMACION DEL ORG. CENTRA. O ENTIDAD PARAESTATAL	INFORMACIÓN DEL PUESTO A SUPLIR:
ESTRUCTURA PROGRAMATICA:	TITULAR DEL PUESTO:
ORG. CENTRA. O ENTIDAD PARAESTATAL:	NOMBRE DEL PUESTO:
DATOS DEL SUPLENTE	CLAVE DEL PUESTO:
NO. EMPLEADO:	NIVEL:
NOMBRE:	**SUELDO (01) DEL PUESTO:**
CUENTA CON PLAZA: SI NO	**DATOS PARA PROCESAR EL PAGO** (Será requisitado únicamente por el personal de Recursos Humanos de la SAFIN)
EN CASO DE CONTAR CON PLAZA INDICAR DIAS Y HORARIO DE LABORES:	FOLIO DRH:
DESCRIPCIÓN DE LA SUPLENCIA	FECHA:
NO. DE DIAS A PAGAR	QUINCENA DE PAGO:
CONCEPTO A PAGAR:	
DIAS DE LA SEMANA LABORADOS:	OBSERVACIONES:
HORARIO LABORADO	
OBSERVACIONES:	

NOTAS: EL PERSONAL DE NUEVO INGRESO QUE REALICE SUPLENCIAS NO CAUSA ALTA ANTE EL ISSSTE
EL PERSONAL QUE CUENTA CON PLAZA Y REALICE SUPLENCIAS NO SUFRE MODIFICACION ALGUNA ANTE EL ISSSTE

ELABORO	Vo. Bo.	AUTORIZO
COORDINADOR ADMINISTRATIVO	TITULAR DEL ORG. CENTRA. O ENTIDAD PARAESTATAL	RECTOR DE RECURSOS HUMANOS DE LA SAFI

Original: EXPEDIENTE PERSONAL
C.c.p.: DEPENDENCIA

(Hoja 1)



DATOS PERSONALES DEL SUPLENTE

DOMICILIO: _____ TELEFONO: _____
CALLE NO. EXT.

_____ ESTADO CIVIL: _____
BARRIO O COLONIA CODIGO POSTAL

SEXO: _____

ESCOLARIDAD: _____ FIRMA: _____

(Hoja 2)

Formato DGRH-09 A
Solicitud de Pagos de Suplencias

Instructivo de Llenado

Nombre de la Forma: Formato **"Solicitud de Pagos por Suplencias".**
Objeto de la Forma: Gestionar los movimientos de personal motivados por suplencias según el numeral 3.1.4.1.3.1. de este manual.
Instrucciones Generales: Este formato será llenado a máquina y los datos no deberán invadir los límites de los recuadros, presentar tachaduras o enmendaduras, se deberá utilizar un formato para cada tipo de movimiento, asimismo deberá de ser firmado por el Titular del Unidad Administrativa del Organismo Centralizado o la Entidad Paraestatal y el Director de Recursos Humanos de la SAFIN.

Elabora: Organismos Centralizados y las Entidades Paraestatales (Unidad administrativa).
Destino: La Dirección de Recursos Humanos de la SAFIN.
Número de Copias: Dos copias.
Original: Expediente del servidor público.
1a. copia: Minutario de la Unidad de Enlace de Incidencias.
2a. copia: Unidad administrativa de la Organismos Centralizados y las Entidades Paraestatales.

Instrucciones de Llenado

1. **Oficio:** La numeración otorgada por el Organismo Centralizado o la Entidad Paraestatal.
2. **Fecha:** El día, mes y año en que fue llenado el formato.
3. **C.** El nombre del Subsecretario de Administración y Finanzas
4. **Estructura Programática:** Se anotará la clave completa a 39 dígitos.
5. **Organismo Centralizado o la Entidad Paraestatal:** El nombre del centro de trabajo.
6. **Información del Puesto a suplir:** Especificar el nombre del Titular del Puesto que se está supliendo, el nombre del puesto y el Importe Bruto Mensual (01), la clave y el nivel del puesto.
7. **Datos del Suplente:** Especificar el No. de empleado, nombre, marcar con una X la casilla que corresponda, indicando si el suplente cuenta o no con plaza, en caso afirmativo deberá indicar los días en que éste labora y su horario de labores.

8. **Descripción de la Suplencia:** Indicar el número de días a pagar, el concepto por el cual se realiza la suplencia, los días y horario de la suplencia.
9. **Observaciones:** Cualquier información que se considere relevante (por ejemplo: realiza funciones médicas, necesidades del servicio, porque se considera pago doble, lugar donde se realiza la suplencia, folio de incapacidad según el caso, pago de diferencia, etc.).
10. **Datos para procesar el pago:** Estos espacios deberán dejarse en blanco para ser requisitados por el personal de Recursos Humanos de la SAFIN.
11. **Firmas:** La firma de las autoridades superiores que autorizan, incluyendo al Titular del Organismo Centralizado o de la Entidad Paraestatal de la Administración Pública Estatal y el Director de Recursos Humanos de la SAFIN.

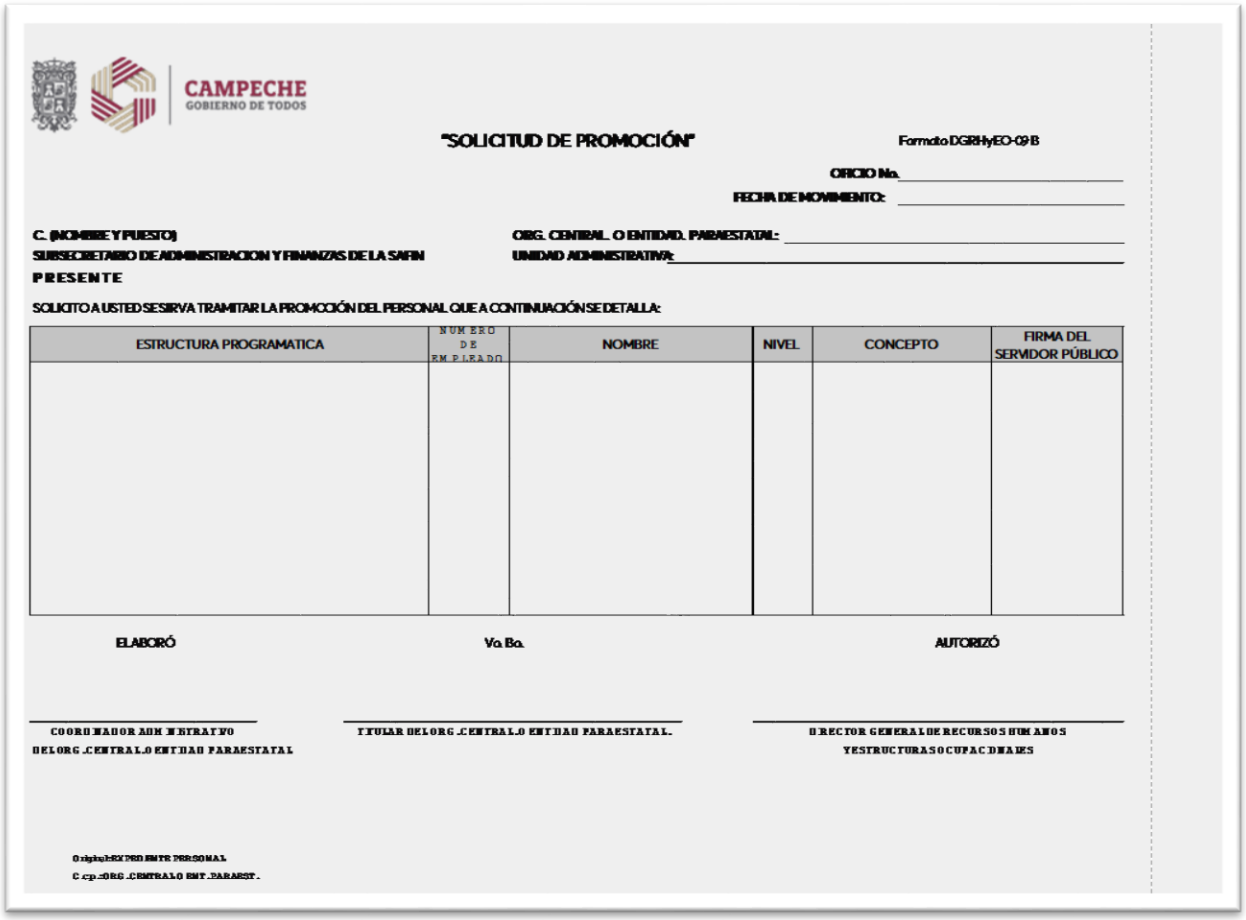
Datos personales del suplente (hoja 2 del formato): El trabajador deberá llenar de puño y letra los siguientes campos:

12. **Domicilio.** El nombre de la calle, el No. o letra exterior y/o interior y el nombre de las calles entre las que se encuentra el domicilio. Así como el barrio o colonia y el Código Postal.
13. **Escolaridad:** Anotar la profesión o el último grado de estudios.
14. **Teléfono:** El número telefónico personal.
15. **Estado Civil:** Anotar su estado civil.
16. **Sexo:** Anotar su género.

Firma del Empleado: La firma autógrafa legible del trabajador que corrobora sus datos personales.

Anexo 29

Formato DGRHyEO-09 B
Solicitud de Promoción



CAMPECHE
GOBIERNO DE TODOS

"SOLICITUD DE PROMOCIÓN"

Formato DGRHyEO-09 B

OFICIO No. _____

FECHA DE MOVIMIENTO: _____

C. (NOMBRE Y PUESTO)
SUBSECRETARIO DE ADMINISTRACION Y FINANZAS DE LA SAFIN
PRESENTE

ORG. CENTRAL. O ENTIDAD. PARAESTATAL: _____
UNIDAD ADMINISTRATIVA: _____

SOLICITO A USTED SE SIRVA TRAMITAR LA PROMOCIÓN DEL PERSONAL QUE A CONTINUACIÓN SE DETALLA:

ESTRUCTURA PROGRAMATICA	NUMERO DE EMPLEADO	NOMBRE	NIVEL	CONCEPTO	FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

ELABORÓ

Vo. Bo.

AUTORIZÓ

COORDINADOR ADMINISTRATIVO
DEL ORG. CENTRAL O ENTIDAD PARAESTATAL

TITULAR DEL ORG. CENTRAL O ENTIDAD PARAESTATAL.

DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS HUMANOS
Y ESTRUCTURAS OCUPACIONALES

Original: EXPEDIENTE PERSONAL
C.c.p.: ORG. CENTRAL O ENT. PARAEST.

Formato DGRHyEO-09 B
Solicitud de Promoción

Instructivo de Llenado

Nombre de la Forma: Formato "Solicitud de Promoción".
Objeto de la Forma: Gestionar los movimientos de personal motivados por la promoción por **cambio de nivel** de los servidores públicos.
Instrucciones Generales: Este formato será llenado a máquina y los datos no deberán invadir los límites de los recuadros, presentar tachaduras o enmendaduras, se deberá utilizar un formato para cada tipo de movimiento, asimismo deberá de ser firmado por el Titular del Unidad Administrativa del Organismo Centralizado o la Entidad Paraestatal de la Administración Pública Estatal y el Director General de Recursos Humanos y Estructuras Ocupacionales de la SAFIN.

Elabora: Organismos Centralizados y las Entidades Paraestatales (Unidad administrativa).
Destino: La Dirección de Recursos Humanos de la SAFIN.
Número de Copias: Dos copias.
Original: Expediente del servidor público.
1a. copia: Minutario de la Unidad de Enlace de Incidencias.
2a. copia: Unidad administrativa de la Organismos Centralizados y las Entidades Paraestatales.

Instrucciones de Llenado

1. **Oficio:** La numeración otorgada por el Organismo Centralizado o la Entidad Paraestatal de la Administración Pública Estatal.
2. **Fecha de movimiento:** El día, mes y año en que procederá la solicitud.
3. **C.** El nombre del Subsecretario de Administración y Finanzas.
4. **Organismo Centralizado o la Entidad Paraestatal de la Administración Pública Estatal:** El nombre del centro de trabajo
5. **Estructura Programática:** Se anotará la clave completa a 39 dígitos.
6. **Número de Empleado:** El número de control único e interpersonal que corresponde al servidor público para efecto de nómina y de control de personal. El número que le corresponde al empleado según nómina.
7. **Nombre:** El nombre (s), apellido paterno y apellido materno del empleado de acuerdo a su acta de nacimiento.

8. **Nivel:** nivel del puesto propuesto según denominación del catálogo de puestos.
9. **Concepto:** Anotar información que permita identificar el origen de la vacante a ocupar por la promoción y demás particularidades que faciliten el control del movimiento (sindicato al que pertenece el servidor público, etc.).
10. **Firma del servidor público:** La firma de conformidad del servidor público.
11. **Firmas:** La firma de las autoridades superiores que autorizan la promoción, incluyendo al Titular del Organismo Centralizado o de la Entidad Paraestatal de la Administración Pública Estatal y el Director General de Recursos Humanos y Estructuras Ocupacionales de la SAFIN.

Anexo 30

Formato DGRHyEO-10
Solicitud de Pensión y Jubilación

CAMPECHE
GOBIERNO DE TODOS

Formato DGRHyEO-10

FECHA DE ELABORACIÓN: DIA MES AÑO

SOLICITUD NÚMERO:

LIC. MANUEL ENRIQUE PINO CASTILLA
DIRECTOR GENERAL DEL ISSSTECAM

C.U.R.P.:
R.F.C.:

DE CONFORMIDAD CON EL ART. 58, 59, 60 Y 62 DE LA LEY DEL ISSSTECAM, ME PERMITO ENVIARLE, PARA SU ESTUDIO Y RESOLUCIÓN CORRESPONDIENTE, MISMA QUE SE RESOLVERA DENTRO DE LOS 30 DIAS HABILES SIGUIENTES DE INICIADO EL EXPEDIENTE EN EL ISSSTECAM, LA DOCUMENTACIÓN RELATIVA A LA PENSIÓN POR:

NOMBRE (S) APELLIDO (S)

PUESTO VIGENTE O ÚLTIMO SUELDO MENSUAL

RAMO	UNIDAD PRESUP.

DEPENDENCIA O ENTIDAD

CORREO ELECTRÓNICO:

DOMICILIO CALLE NUM. COLONIA TELÉFONO CELULAR

ESTADO CIVIL: SOLTERO (A) DIVORCIADO (A)

UNIÓN LIBRE CASADO (A) VIUDO (A)

DEPENDIENTES ECONÓMICOS:

NOMBRE: APELLIDOS: OCUPACIÓN:

Vo. Bo.

FIRMA DEL SOLICITANTE

LIC.
TITULAR DEL ORG. CENTRAL O ENT. PARAEST.

ORIGINAL.- ISSSTECAM
C.C.P.- EXPEDIENTE
C.C.P.- INTERESADO

AUTORIZÓ:

C. (NOMBRE Y PUESTO)

DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS

Calle 8 N° No. 325, entre Calle 63 y Circuito Baluartes, Col. Centro C.P. 24000 San Francisco de Campeche, Campeche, Tel. 9818118200 Ext. 33355 www.campeche.gob.mx

Anexo 31

Solicitud de Transferencia de Semanas de descanso del periodo prenatal al postnatal

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN _____
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR _____

IMSS

SOLICITUD DE TRANSFERENCIA DE SEMANAS DE DESCANSO DEL PERIODO PRENATAL AL POSTNATAL

Lugar y Fecha _____.

Datos de la Asegurada

Nombre: _____ (Apellido Paterno) _____ (Apellido Materno) _____ (Nombre(s))

NSS: _____ UMF de adscripción: _____ Consultorio: _____ Turno: _____

Actividad (es) laboral (es): _____ Domicilio: _____ (Calle, número exterior – interior)

Delegación o Municipio: _____ C.P. _____ Teléfono particular: _____

Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____,

En mi carácter de asegurada de este Instituto, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 1 y 123, apartado A, fracción V, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 85, segundo párrafo, 94, fracción I, 101, 102 y 103, de la Ley del Seguro Social; 170, fracción II, de la Ley Federal del Trabajo: es mi voluntad solicitar la transferencia de _____ (Número y letra (1, 2, 3 o 4)) semanas de descanso del periodo prenatal para disfrutarse en el periodo postnatal, habiendo obtenido:

A: La autorización escrita de mi médico tratante:

☐ Institucional.
☐ Externo. Se adjunta a la presente solicitud, la autorización escrita.

B: La opinión expresa de mi patrón (es), que firma (an) la presente solicitud para acreditar este hecho, a través de su área de Recursos Humanos.

Asimismo, manifiesto bajo protesta de decir verdad, que la naturaleza de trabajo que desempeño con mi(s) patrón (es), no exige esfuerzos considerables que signifiquen un peligro para mi salud en relación con la gestación. Para tal fin proporciono lo siguiente:

Datos de la(s) Empresa(s) o Patrón(es)

Nombre, denominación o razón social: _____ Registro patronal: _____

Domicilio: _____ (Calle, número exterior-interior) Delegación o Municipio: _____

C.P. _____ Teléfono (s): _____ Correo electrónico: _____

Yo _____ (Nombre del responsable), patrón persona física ☐ o representante legal ☐ de la empresa, quien se identifica con _____[1], otorgo mi consentimiento a la solicitud que realizó mi trabajadora _____ (Nombre de la asegurada), para transferir _____ (Número y letra (1, 2, 3 o 4)) semanas de descanso del periodo prenatal al postnatal que le corresponden.

_____

Firma del patrón o representante legal y sello de la empresa

[1] Identificación oficial: Credencial para Votar, Pasaporte, Cédula Profesional. Se deberá anexar copia fotostática legible de la identificación.

1

(Hoja 1)

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN _____
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR _____

IMSS

Nombre, denominación o razón social: _____ Registro patronal: _____
Domicilio: _____ Delegación o Municipio: _____
(Calle, número exterior-interior)
C.F. _____ Teléfono (s): _____ Correo electrónico: _____
Yo _____, patrón persona física ☐ o representante legal ☐ de la empresa, quien se
Nombre del responsable
Identifica con _____[1], otorgo mi consentimiento a la solicitud que realizó mi trabajadora
_____, para transferir _____ semanas de descanso del
Nombre de la asegurada Número y letra (1, 2, 3 o 4)
periodo prenatal al postnatal que le corresponden.

_____
Firma del patrón o representante legal y sello de la empresa

Nombre, denominación o razón social: _____ Registro patronal: _____
Domicilio: _____ Delegación o Municipio: _____
(Calle, número exterior-interior)
C.F. _____ Teléfono (s): _____ Correo electrónico: _____
Yo _____, patrón persona física ☐ o representante legal ☐ de la empresa, quien se
Nombre del responsable
Identifica con _____[1], otorgo mi consentimiento a la solicitud que realizó mi trabajadora
_____, para transferir _____ semanas de descanso del
Nombre de la asegurada Número y letra (1, 2, 3 o 4)
periodo prenatal al postnatal que le corresponden.

_____
Firma del patrón o representante legal y sello de la empresa

Datos del Médico(s) que autoriza(n)

Opinión del Médico externo al IMSS, que lleva el control y vigilancia prenatal:

Nombre: _____ Cédula Profesional: _____*,
Apellido Paterno, apellido Materno, Nombre (s)
Institución para la que presta sus servicios: _____.
Documento (s) anexo (s) _____,
mediante el cual establece que la C. _____ cursa su embarazo sin complicaciones
(Nombre de la Trabajadora)
y sin presentar signos de alarma , por lo que considera viable la transferencia de semanas.

_____ _____
Firma del Médico **Fecha**

**Anexar copia fotostática de la cédula profesional.*

2

(Hoja 2)

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN _____
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR _____

IMSS

Datos del Médico del Instituto Mexicano del Seguro Social que autoriza:

Nombre: _____ _____ _____ Matrícula: _____
Apellido paterno Apellido Materno Nombre (s)

Cedula Profesional: _____ UMF de adscripción: _____ Consultorio: _____ Turno: _____

Habiendo valorado clínicamente el estado de salud y evolución del embarazado de la asegurada, tomando en cuenta los antecedentes de atención médica institucional o extra institucionales que presenta la misma, la opinión del patrón (es) y atendiendo la solicitud que realiza la trabajadora para la transferencia de semanas del periodo prenatal al postnatal:

A: Se autoriza transferir _____ ☐
Número y letra (1, 2, 3 o 4)

Con lo cual la trabajadora deberá acudir a desempeñar sus actividades a la empresa hasta el día _____, iniciando su incapacidad temporal para el trabajo a partir del día _____.
(Día/mes/año) (Día/mes/año)

B. NO se autoriza la transferencia de semanas. ☐

_____ _____
Firma del Médico **Fecha de certificación**

He sido notificada que al momento de esta autorización mi embarazo ha cursado normal, sin embargo también se me ha informado que esta evolución puede modificarse en cualquier momento, ya sea por actividad laboral o traslados, toda vez que los mismos, aumentan el riesgo de complicaciones en mi embarazo. Tengo conocimiento que al presentarse cualquier manifestación de alarma, de las que me fueron informadas, podré acudir a mi Unidad Médica del IMSS en cualquier momento, para recibir la atención médica correspondiente.

_____
Nombre y firma de la asegurada

3

(Hoja 3)

Anexo 32

Formato DGRHyEO-11
Solicitud para Periodo de Lactancia

CAMPECHE
GOBIERNO DE TODOS

FORMATO DGRHyEO-11

SOLICITUD PARA PERIODO DE LACTANCIA

San Francisco de Campeche., a_____de_____de_____

C.
PRESENTE.

Con fundamento en el párrafo segundo del artículo 27 de la Ley de los Trabajadores al Servicio del Gobierno del Estado de Campeche y último párrafo de artículo 43 de las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Campeche, por este medio me permito solicitar a usted mi período de Lactancia a partir del____de_____de____al____de____de_____.

Mi horario normal de labores es de las_____horas a las____de lunes a viernes. Por lo que para efectos del período de lactancia utilizaré una hora al inicio_____o al término____de mi jornada de trabajo, por lo que cubriré un horario de labores de las_____a las_____horas.

Sin otro particular, le envío un cordial saludo.

Atentamente

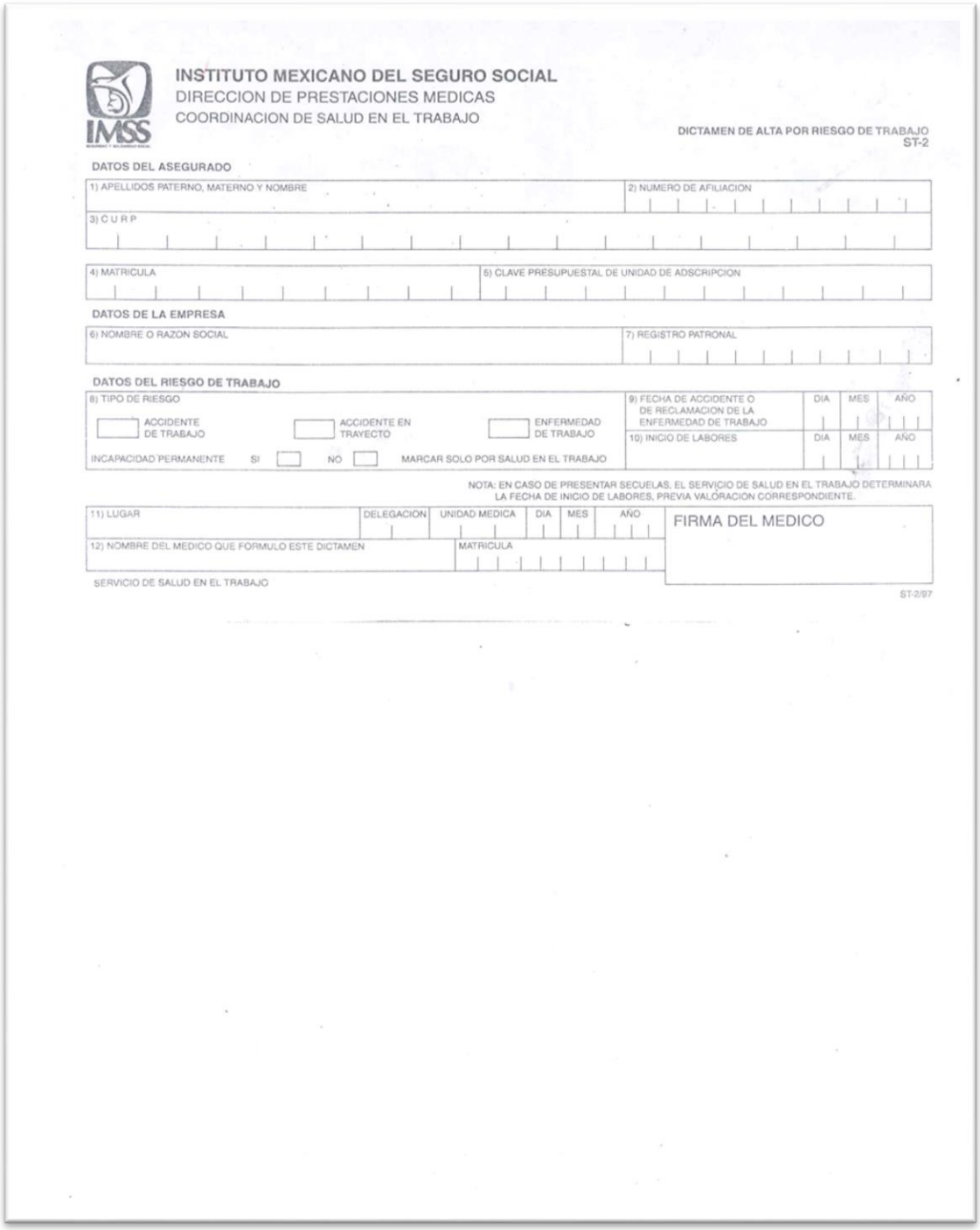
C._____
(NOMBRE Y FIRMA)

C.c.p.- Coordinador Administrativo del Org. Central o Ent. Paraest.
C.c.p.- La Dirección de Recursos Humanos de la SAFIN
C.c.p. Interesada.

Nota: Esto es un modelo sugerido que deberá según sea el planteamiento y las necesidades del servicio del Org. Central o Ent. Paraest.

Anexo 33

Formato ST-2
Dictamen de Alta por Riesgo de Trabajo



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS
COORDINACION DE SALUD EN EL TRABAJO

DICTAMEN DE ALTA POR RIESGO DE TRABAJO
ST-2

DATOS DEL ASEGURADO

1) APELLIDOS PATERNO, MATERNO Y NOMBRE | 2) NUMERO DE AFILIACION

3) C U R P

4) MATRICULA | 5) CLAVE PRESUPUESTAL DE UNIDAD DE ADSCRIPCION

DATOS DE LA EMPRESA

6) NOMBRE O RAZON SOCIAL | 7) REGISTRO PATRONAL

DATOS DEL RIESGO DE TRABAJO

8) TIPO DE RIESGO
ACCIDENTE DE TRABAJO | ACCIDENTE EN TRAYECTO | ENFERMEDAD DE TRABAJO
INCAPACIDAD PERMANENTE SI NO MARCAR SOLO POR SALUD EN EL TRABAJO

9) FECHA DE ACCIDENTE O DE RECLAMACION DE LA ENFERMEDAD DE TRABAJO — DIA | MES | AÑO
10) INICIO DE LABORES — DIA | MES | AÑO

NOTA: EN CASO DE PRESENTAR SECUELAS, EL SERVICIO DE SALUD EN EL TRABAJO DETERMINARA LA FECHA DE INICIO DE LABORES, PREVIA VALORACION CORRESPONDIENTE.

11) LUGAR | DELEGACION | UNIDAD MEDICA | DIA | MES | AÑO

FIRMA DEL MEDICO

12) NOMBRE DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN | MATRICULA

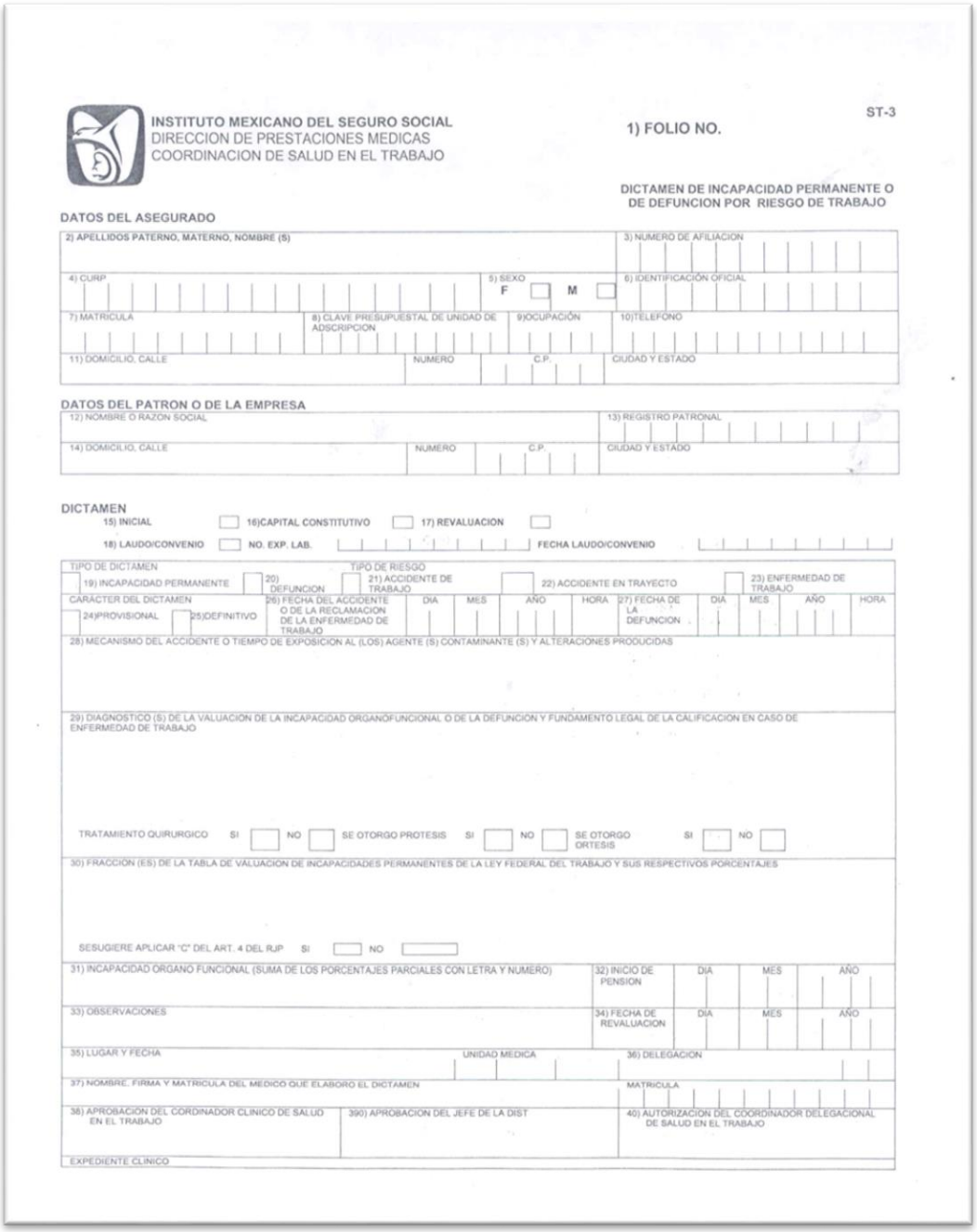
SERVICIO DE SALUD EN EL TRABAJO

ST-2/97

Formato ST-3

Anexo 34

Dictamen de Incapacidad Permanente o de Defunción por Riesgo de Trabajo



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS
COORDINACION DE SALUD EN EL TRABAJO

ST-3

1) FOLIO NO.

DICTAMEN DE INCAPACIDAD PERMANENTE O DE DEFUNCION POR RIESGO DE TRABAJO

DATOS DEL ASEGURADO

2) APELLIDOS PATERNO, MATERNO, NOMBRE (S) | 3) NUMERO DE AFILIACION
4) CURP | 5) SEXO F M | 6) IDENTIFICACIÓN OFICIAL
7) MATRICULA | 8) CLAVE PRESUPUESTAL DE UNIDAD DE ADSCRIPCION | 9)OCUPACIÓN | 10)TELEFONO
11) DOMICILIO, CALLE | NUMERO | C.P. | CIUDAD Y ESTADO

DATOS DEL PATRON O DE LA EMPRESA

12) NOMBRE O RAZON SOCIAL | 13) REGISTRO PATRONAL
14) DOMICILIO, CALLE | NUMERO | C.P. | CIUDAD Y ESTADO

DICTAMEN

15) INICIAL ☐ 16)CAPITAL CONSTITUTIVO ☐ 17) REVALUACION ☐
18) LAUDO/CONVENIO ☐ NO. EXP. LAB. FECHA LAUDO/CONVENIO

TIPO DE DICTAMEN
☐ 19) INCAPACIDAD PERMANENTE ☐ 20) DEFUNCION

TIPO DE RIESGO
☐ 21) ACCIDENTE DE TRABAJO ☐ 22) ACCIDENTE EN TRAYECTO ☐ 23) ENFERMEDAD DE TRABAJO

CARÁCTER DEL DICTAMEN
☐ 24)PROVISIONAL ☐ 25)DEFINITIVO

26) FECHA DEL ACCIDENTE O DE LA RECLAMACION DE LA ENFERMEDAD DE TRABAJO — DIA | MES | AÑO | HORA
27) FECHA DE LA DEFUNCION — DIA | MES | AÑO | HORA

28) MECANISMO DEL ACCIDENTE O TIEMPO DE EXPOSICIÓN AL (LOS) AGENTE (S) CONTAMINANTE (S) Y ALTERACIONES PRODUCIDAS

29) DIAGNOSTICO (S) DE LA VALUACIÓN DE LA INCAPACIDAD ORGANOFUNCIONAL O DE LA DEFUNCIÓN Y FUNDAMENTO LEGAL DE LA CALIFICACION EN CASO DE ENFERMEDAD DE TRABAJO

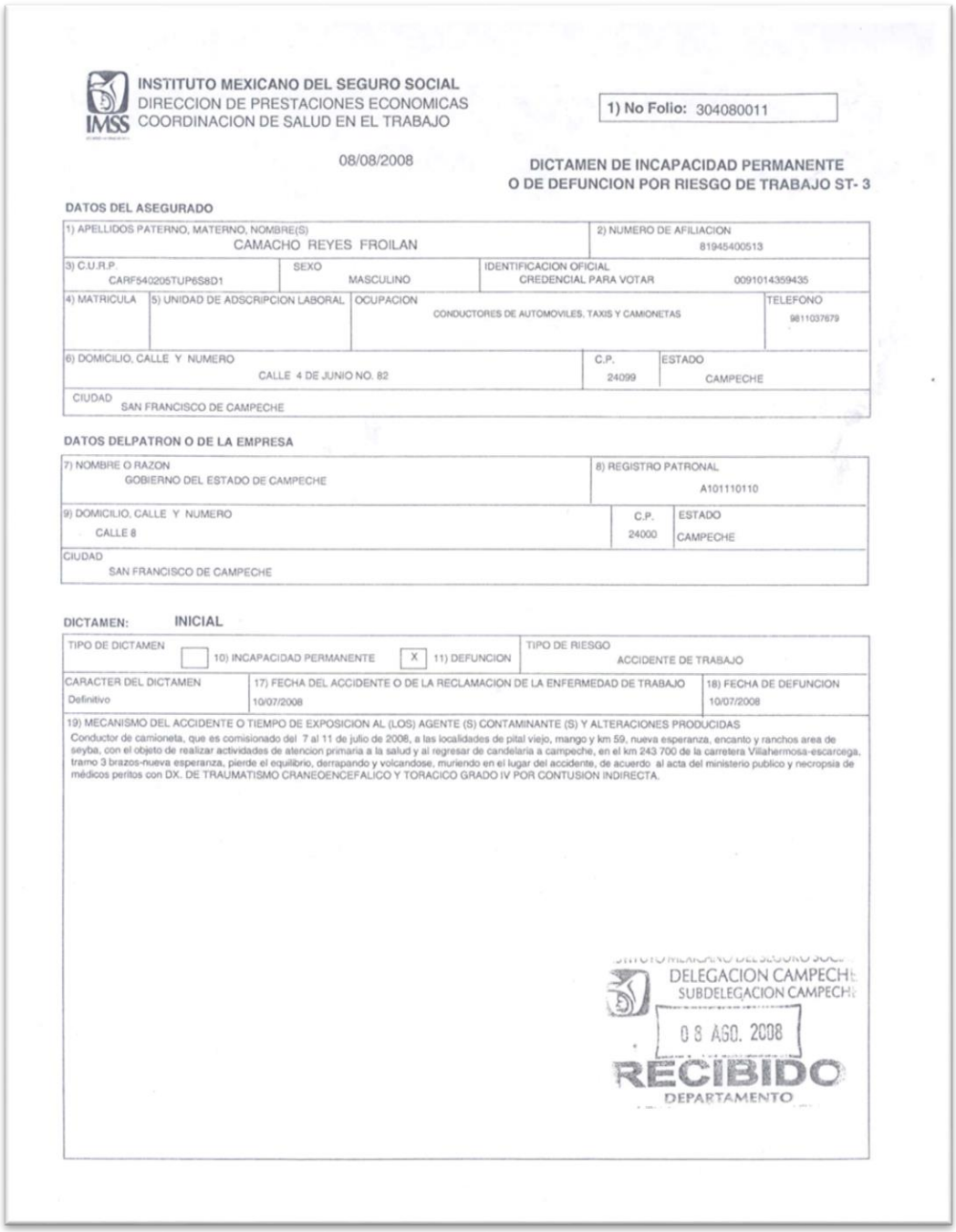
TRATAMIENTO QUIRURGICO SI ☐ NO ☐ | SE OTORGO PROTESIS SI ☐ NO ☐ | SE OTORGO ORTESIS SI ☐ NO ☐

30) FRACCIÓN (ES) DE LA TABLA DE VALUACIÓN DE INCAPACIDADES PERMANENTES DE LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO Y SUS RESPECTIVOS PORCENTAJES

SESUGIERE APLICAR "C" DEL ART. 4 DEL RJP SI ☐ NO ☐

31) INCAPACIDAD ORGANO FUNCIONAL (SUMA DE LOS PORCENTAJES PARCIALES CON LETRA Y NUMERO) | 32) INICIO DE PENSION — DIA | MES | AÑO
33) OBSERVACIONES | 34) FECHA DE REVALUACION — DIA | MES | AÑO
35) LUGAR Y FECHA | UNIDAD MEDICA | 36) DELEGACION
37) NOMBRE, FIRMA Y MATRICULA DEL MEDICO QUE ELABORO EL DICTAMEN | MATRICULA
38) APROBACION DEL CORDINADOR CLINICO DE SALUD EN EL TRABAJO | 39) APROBACION DEL JEFE DE LA DIST | 40) AUTORIZACION DEL COORDINADOR DELEGACIONAL DE SALUD EN EL TRABAJO
EXPEDIENTE CLINICO

(Hoja 1)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES ECONOMICAS
COORDINACION DE SALUD EN EL TRABAJO

1) No Folio: 304080011

08/08/2008

DICTAMEN DE INCAPACIDAD PERMANENTE
O DE DEFUNCION POR RIESGO DE TRABAJO ST- 3

DATOS DEL ASEGURADO

1) APELLIDOS PATERNO, MATERNO, NOMBRE(S)			2) NUMERO DE AFILIACION
CAMACHO REYES FROILAN			81945400513
3) C.U.R.P.	SEXO	IDENTIFICACION OFICIAL	
CARF540205TUP6S8D1	MASCULINO	CREDENCIAL PARA VOTAR	0091014359435
4) MATRICULA	5) UNIDAD DE ADSCRIPCION LABORAL	OCUPACION	TELEFONO
		CONDUCTORES DE AUTOMOVILES, TAXIS Y CAMIONETAS	9811037679
6) DOMICILIO, CALLE Y NUMERO		C.P.	ESTADO
CALLE 4 DE JUNIO NO. 82		24099	CAMPECHE
CIUDAD			
SAN FRANCISCO DE CAMPECHE			

DATOS DELPATRON O DE LA EMPRESA

7) NOMBRE O RAZON		8) REGISTRO PATRONAL
GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE		A101110110
9) DOMICILIO, CALLE Y NUMERO	C.P.	ESTADO
CALLE 8	24000	CAMPECHE
CIUDAD		
SAN FRANCISCO DE CAMPECHE		

DICTAMEN: INICIAL

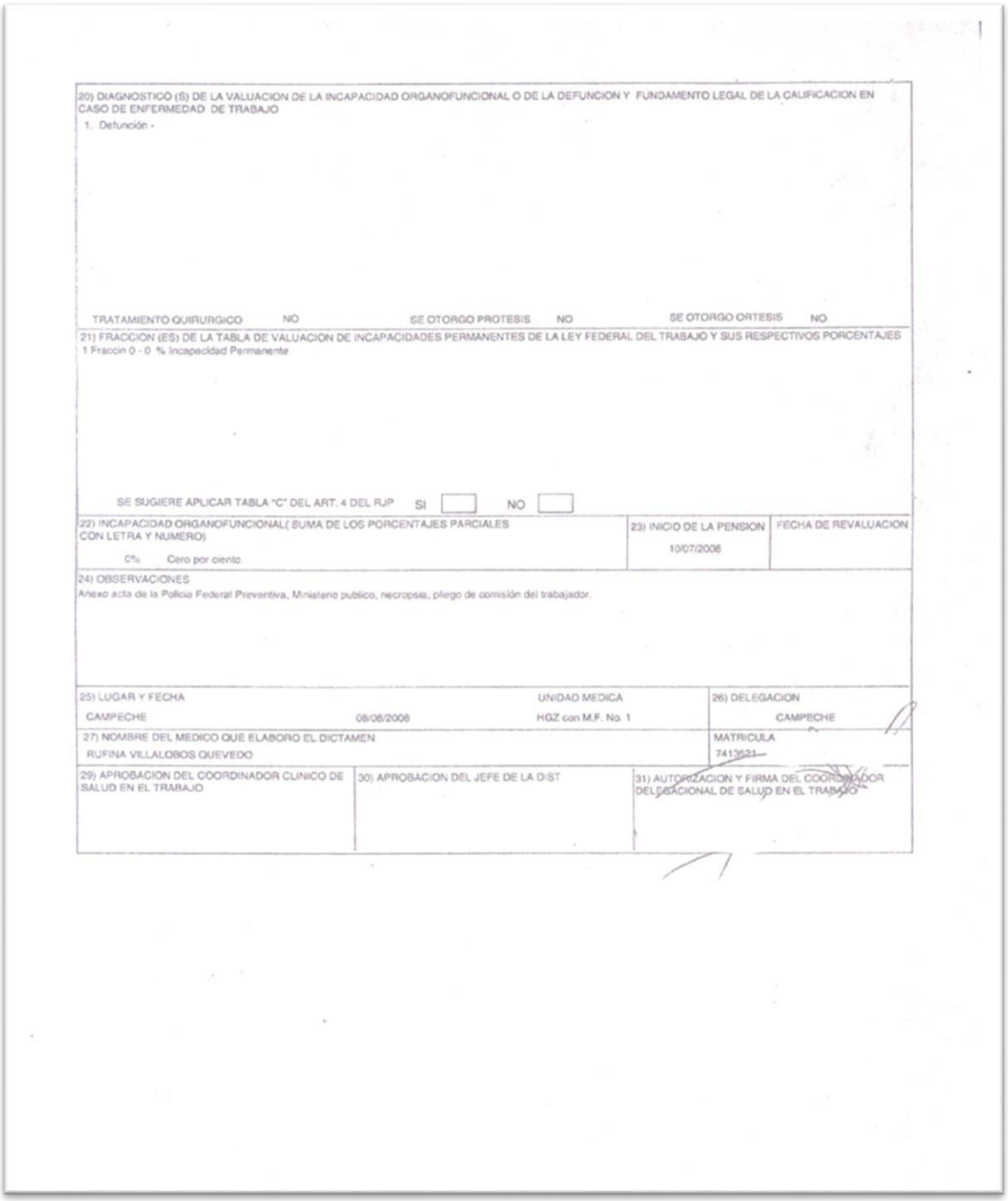
TIPO DE DICTAMEN				TIPO DE RIESGO
	10) INCAPACIDAD PERMANENTE	X	11) DEFUNCION	ACCIDENTE DE TRABAJO
CARACTER DEL DICTAMEN	17) FECHA DEL ACCIDENTE O DE LA RECLAMACION DE LA ENFERMEDAD DE TRABAJO			18) FECHA DE DEFUNCION
Definitivo	10/07/2008			10/07/2008

19) MECANISMO DEL ACCIDENTE O TIEMPO DE EXPOSICION AL (LOS) AGENTE (S) CONTAMINANTE (S) Y ALTERACIONES PRODUCIDAS

Conductor de camioneta, que es comisionado del 7 al 11 de julio de 2008, a las localidades de pital viejo, mango y km 59, nueva esperanza, encanto y ranchos area de seyba, con el objeto de realizar actividades de atencion primaria a la salud y al regresar de candelaria a campeche, en el km 243 700 de la carretera Villahermosa-escarcega, tramo 3 brazos-nueva esperanza, pierde el equilibrio, derrapando y volcandose, muriendo en el lugar del accidente, de acuerdo al acta del ministerio publico y necropsia de médicos peritos con DX. DE TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO Y TORACICO GRADO IV POR CONTUSION INDIRECTA.

DELEGACION CAMPECHE
SUBDELEGACION CAMPECHE
08 AGO. 2008
RECIBIDO
DEPARTAMENTO

(Hoja 2)



20) DIAGNOSTICO (S) DE LA VALUACION DE LA INCAPACIDAD ORGANOFUNCIONAL O DE LA DEFUNCION Y FUNDAMENTO LEGAL DE LA CALIFICACION EN CASO DE ENFERMEDAD DE TRABAJO

1. Defunción -

TRATAMIENTO QUIRURGICO NO | SE OTORGO PROTESIS NO | SE OTORGO ORTESIS NO

21) FRACCION (ES) DE LA TABLA DE VALUACION DE INCAPACIDADES PERMANENTES DE LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO Y SUS RESPECTIVOS PORCENTAJES

1 Fraccin 0 - 0 % Incapacidad Permanente

SE SUGIERE APLICAR TABLA "C" DEL ART. 4 DEL RJP SI [ ] NO [ ]

22) INCAPACIDAD ORGANOFUNCIONAL(SUMA DE LOS PORCENTAJES PARCIALES CON LETRA Y NUMERO)	23) INICIO DE LA PENSION	FECHA DE REVALUACION
0% Cero por ciento.	10/07/2008	

24) OBSERVACIONES

Anexo acta de la Policia Federal Preventiva, Ministerio publico, necropsia, pliego de comisión del trabajador.

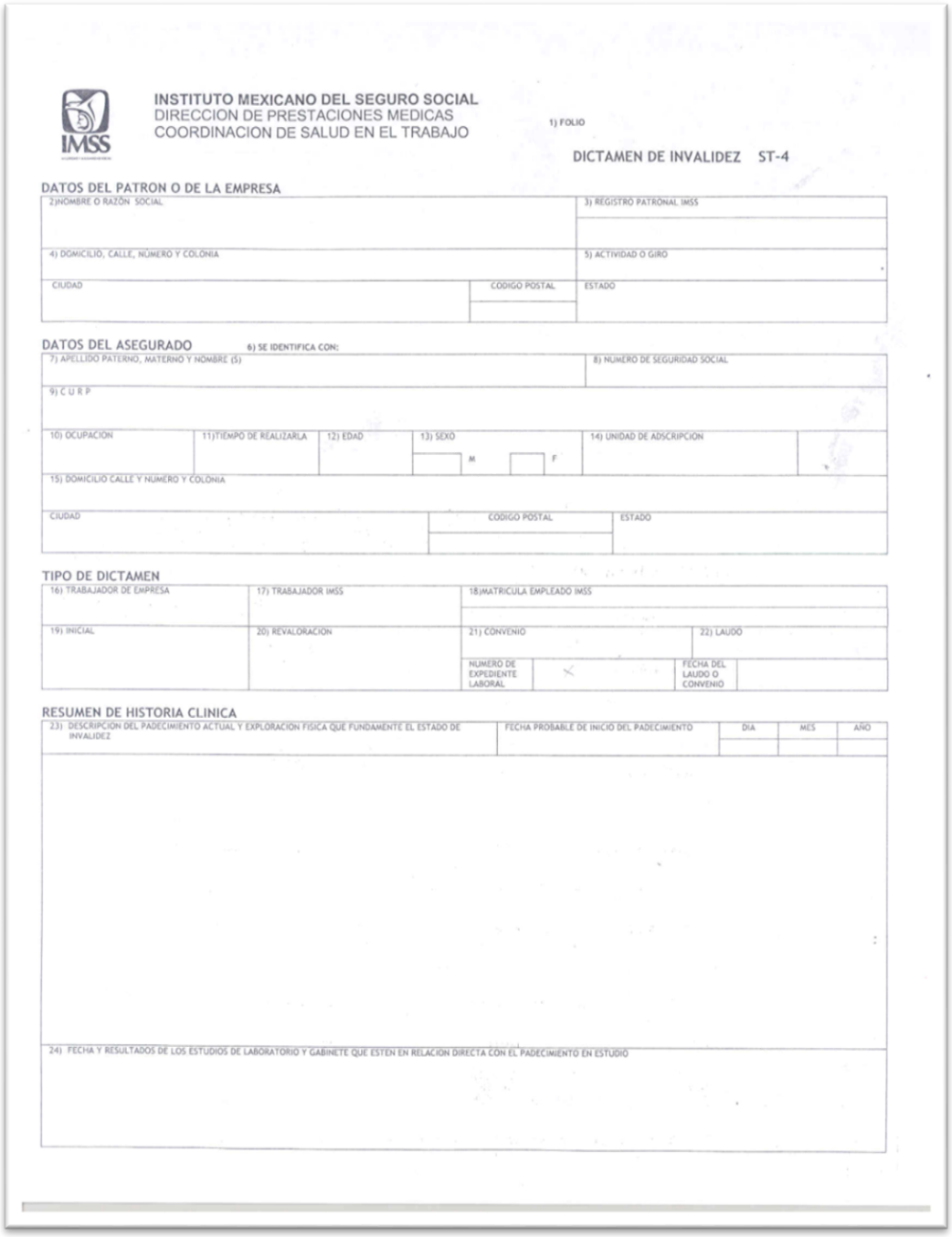
25) LUGAR Y FECHA	UNIDAD MEDICA	26) DELEGACION
CAMPECHE 08/08/2008	HGZ con M.F. No. 1	CAMPECHE
27) NOMBRE DEL MEDICO QUE ELABORO EL DICTAMEN		MATRICULA
RUFINA VILLALOBOS QUEVEDO		7413521

29) APROBACION DEL COORDINADOR CLINICO DE SALUD EN EL TRABAJO	30) APROBACION DEL JEFE DE LA DIST	31) AUTORIZACION Y FIRMA DEL COORDINADOR DELEGACIONAL DE SALUD EN EL TRABAJO

(Hoja 3)

Anexo 35

Formato ST-4
Dictamen de Invalidez



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS
COORDINACION DE SALUD EN EL TRABAJO

1) FOLIO

DICTAMEN DE INVALIDEZ ST-4

DATOS DEL PATRON O DE LA EMPRESA

2)NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		3) REGISTRO PATRONAL IMSS
4) DOMICILIO, CALLE, NUMERO Y COLONIA		5) ACTIVIDAD O GIRO
CIUDAD	CODIGO POSTAL	ESTADO

DATOS DEL ASEGURADO 6) SE IDENTIFICA CON:

7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (S)				8) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	
9) C U R P					
10) OCUPACION	11)TIEMPO DE REALIZARLA	12) EDAD	13) SEXO M F	14) UNIDAD DE ADSCRIPCION	
15) DOMICILIO CALLE Y NUMERO Y COLONIA					
CIUDAD	CODIGO POSTAL	ESTADO			

TIPO DE DICTAMEN

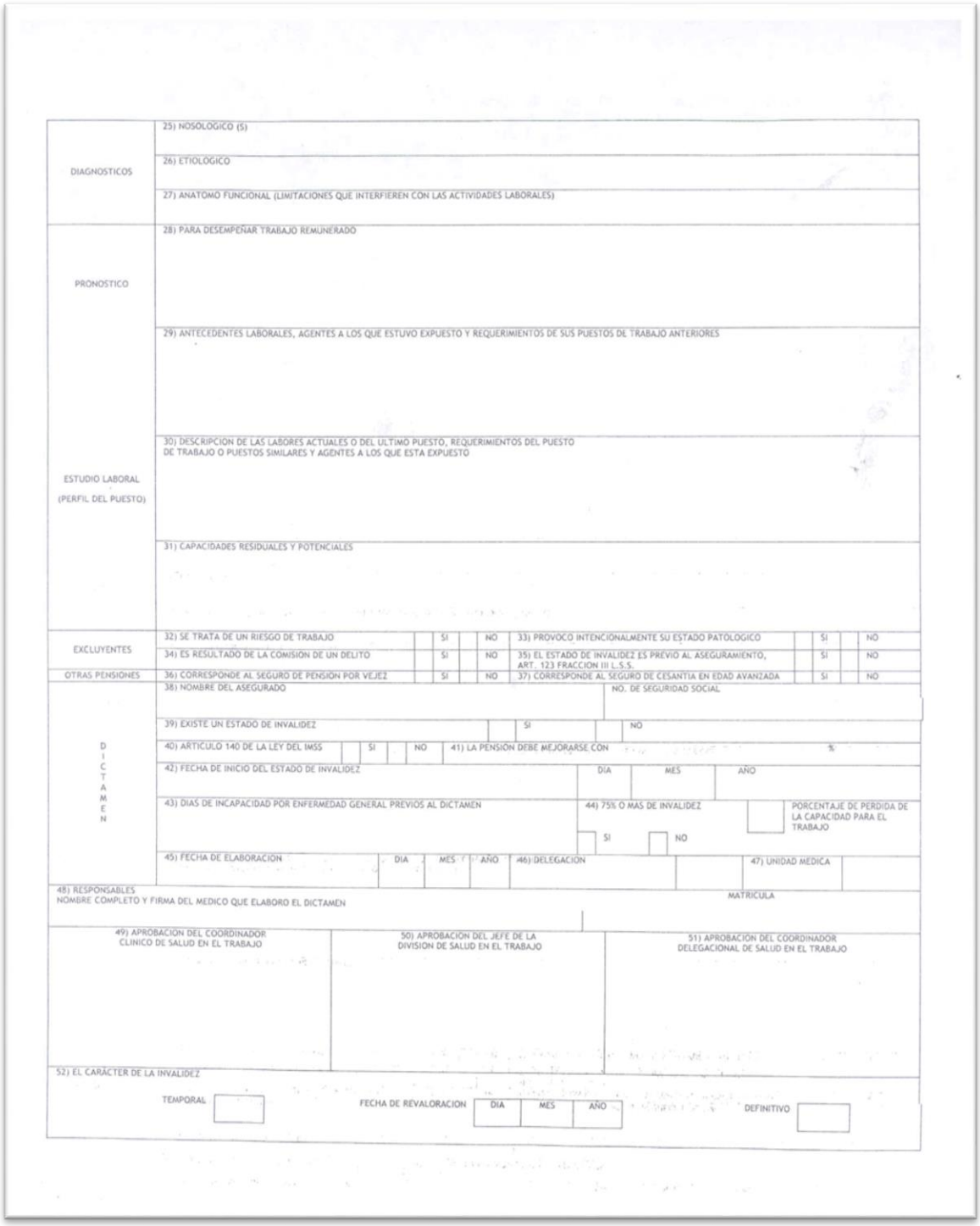
16) TRABAJADOR DE EMPRESA	17) TRABAJADOR IMSS	18)MATRICULA EMPLEADO IMSS	
19) INICIAL	20) REVALORACION	21) CONVENIO	22) LAUDO
		NUMERO DE EXPEDIENTE LABORAL	FECHA DEL LAUDO O CONVENIO

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

23) DESCRIPCION DEL PADECIMIENTO ACTUAL Y EXPLORACION FISICA QUE FUNDAMENTE EL ESTADO DE INVALIDEZ	FECHA PROBABLE DE INICIO DEL PADECIMIENTO	DIA	MES	AÑO

24) FECHA Y RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE QUE ESTEN EN RELACION DIRECTA CON EL PADECIMIENTO EN ESTUDIO

(Hoja 1)

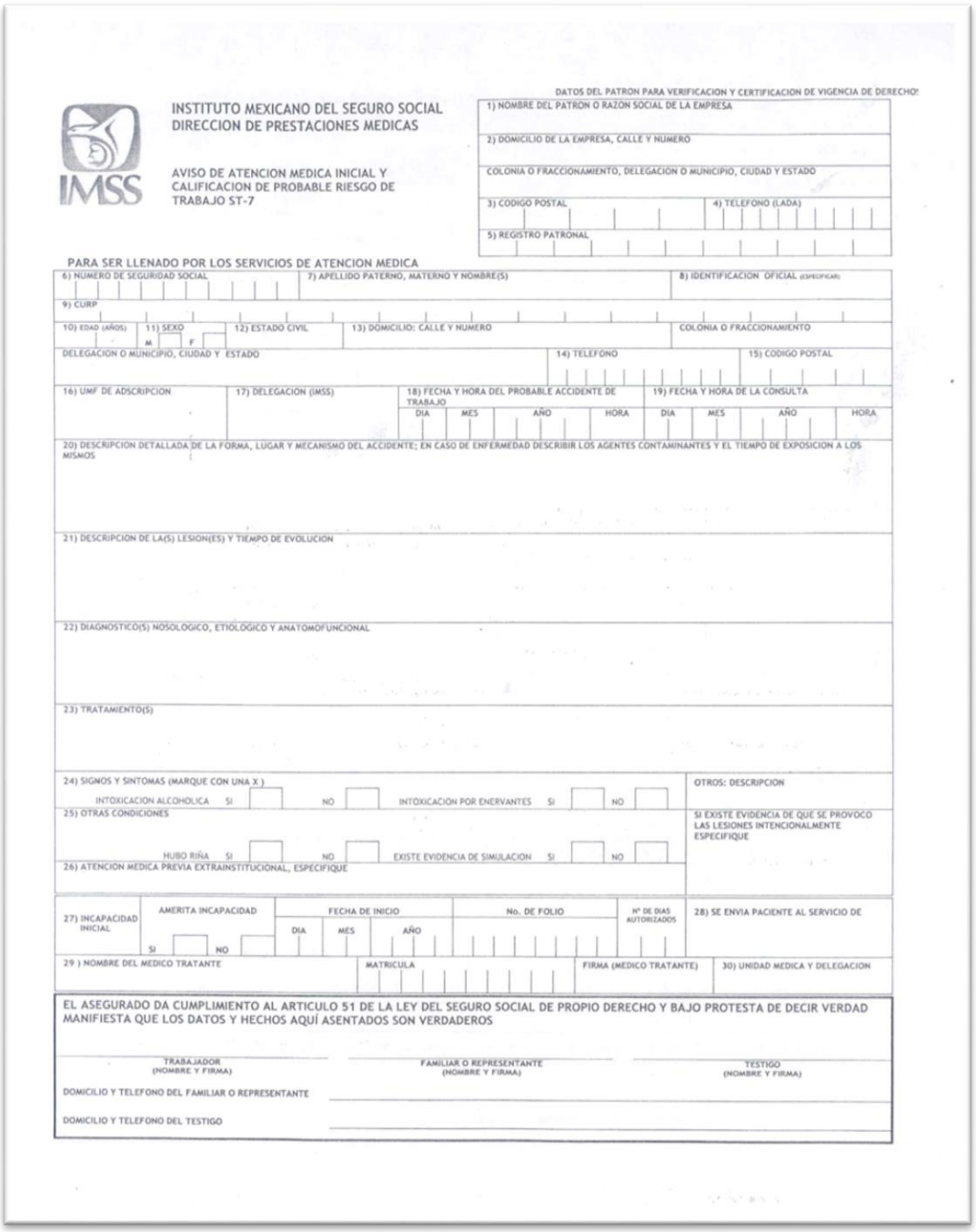


DIAGNOSTICOS	25) NOSOLOGICO (S)								
	26) ETIOLOGICO								
	27) ANATOMO FUNCIONAL (LIMITACIONES QUE INTERFIEREN CON LAS ACTIVIDADES LABORALES)								
PRONOSTICO	28) PARA DESEMPEÑAR TRABAJO REMUNERADO								
ESTUDIO LABORAL (PERFIL DEL PUESTO)	29) ANTECEDENTES LABORALES, AGENTES A LOS QUE ESTUVO EXPUESTO Y REQUERIMIENTOS DE SUS PUESTOS DE TRABAJO ANTERIORES								
	30) DESCRIPCION DE LAS LABORES ACTUALES O DEL ULTIMO PUESTO, REQUERIMIENTOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PUESTOS SIMILARES Y AGENTES A LOS QUE ESTA EXPUESTO								
	31) CAPACIDADES RESIDUALES Y POTENCIALES								
EXCLUYENTES	32) SE TRATA DE UN RIESGO DE TRABAJO		SI		NO	33) PROVOCO INTENCIONALMENTE SU ESTADO PATOLOGICO		SI	NO
	34) ES RESULTADO DE LA COMISION DE UN DELITO		SI		NO	35) EL ESTADO DE INVALIDEZ ES PREVIO AL ASEGURAMIENTO, ART. 123 FRACCION III L.S.S.		SI	NO
OTRAS PENSIONES	36) CORRESPONDE AL SEGURO DE PENSION POR VEJEZ		SI		NO	37) CORRESPONDE AL SEGURO DE CESANTIA EN EDAD AVANZADA		SI	NO
DICTAMEN	38) NOMBRE DEL ASEGURADO					NO. DE SEGURIDAD SOCIAL			
	39) EXISTE UN ESTADO DE INVALIDEZ			SI		NO			
	40) ARTICULO 140 DE LA LEY DEL IMSS		SI		NO	41) LA PENSION DEBE MEJORARSE CON			%
	42) FECHA DE INICIO DEL ESTADO DE INVALIDEZ					DIA	MES	AÑO	
	43) DIAS DE INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD GENERAL PREVIOS AL DICTAMEN					44) 75% O MAS DE INVALIDEZ SI NO		PORCENTAJE DE PERDIDA DE LA CAPACIDAD PARA EL TRABAJO	
	45) FECHA DE ELABORACION	DIA	MES	AÑO	46) DELEGACION		47) UNIDAD MEDICA		
48) RESPONSABLES NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MEDICO QUE ELABORO EL DICTAMEN							MATRICULA		
49) APROBACION DEL COORDINADOR CLINICO DE SALUD EN EL TRABAJO		50) APROBACION DEL JEFE DE LA DIVISION DE SALUD EN EL TRABAJO			51) APROBACION DEL COORDINADOR DELEGACIONAL DE SALUD EN EL TRABAJO				
52) EL CARACTER DE LA INVALIDEZ	TEMPORAL		FECHA DE REVALORACION	DIA	MES	AÑO	DEFINITIVO		

(Hoja 2)

Anexo 36

Formato ST-7
Aviso de Atención Médica Inicial y Calificación de Probable Riesgo del Trabajo



IMSS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

AVISO DE ATENCION MEDICA INICIAL Y CALIFICACION DE PROBABLE RIESGO DE TRABAJO ST-7

DATOS DEL PATRON PARA VERIFICACION Y CERTIFICACION DE VIGENCIA DE DERECHO:

1) NOMBRE DEL PATRON O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA
2) DOMICILIO DE LA EMPRESA, CALLE Y NUMERO
COLONIA O FRACCIONAMIENTO, DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO
3) CODIGO POSTAL
4) TELEFONO (LADA)
5) REGISTRO PATRONAL

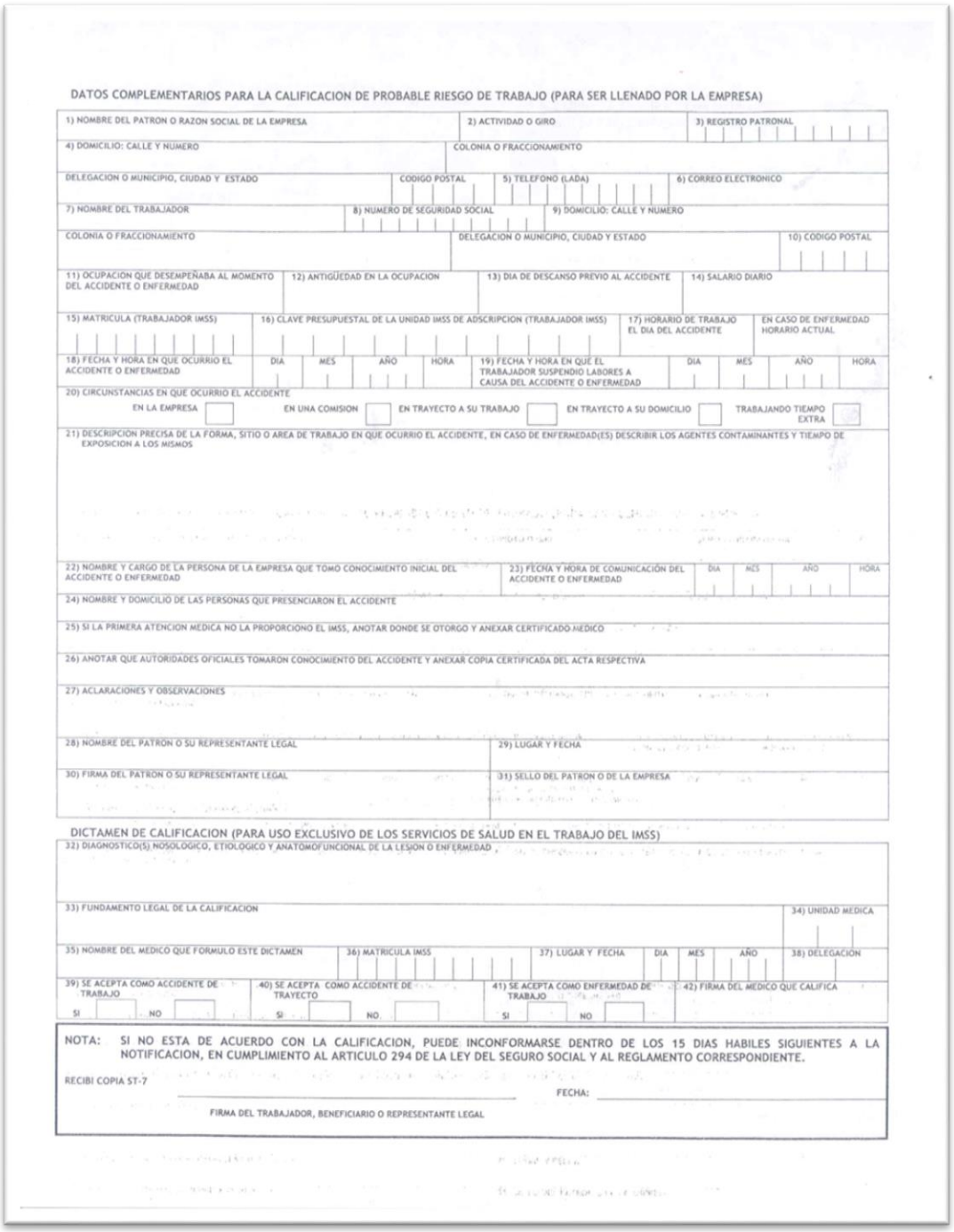
PARA SER LLENADO POR LOS SERVICIOS DE ATENCION MEDICA

6) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL
7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)
8) IDENTIFICACION OFICIAL (ESPECIFICAR)
9) CURP
10) EDAD (AÑOS)
11) SEXO M F
12) ESTADO CIVIL
13) DOMICILIO: CALLE Y NUMERO
COLONIA O FRACCIONAMIENTO
DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO
14) TELEFONO
15) CODIGO POSTAL
16) UMF DE ADSCRIPCION
17) DELEGACION (IMSS)
18) FECHA Y HORA DEL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO DIA MES AÑO HORA
19) FECHA Y HORA DE LA CONSULTA DIA MES AÑO HORA
20) DESCRIPCION DETALLADA DE LA FORMA, LUGAR Y MECANISMO DEL ACCIDENTE; EN CASO DE ENFERMEDAD DESCRIBIR LOS AGENTES CONTAMINANTES Y EL TIEMPO DE EXPOSICION A LOS MISMOS
21) DESCRIPCION DE LA(S) LESION(ES) Y TIEMPO DE EVOLUCION
22) DIAGNOSTICO(S) NOSOLOGICO, ETIOLOGICO Y ANATOMOFUNCIONAL
23) TRATAMIENTO(S)
24) SIGNOS Y SINTOMAS (MARQUE CON UNA X)
INTOXICACION ALCOHOLICA SI NO
INTOXICACIÓN POR ENERVANTES SI NO
OTROS: DESCRIPCION
25) OTRAS CONDICIONES
HUBO RIÑA SI NO
EXISTE EVIDENCIA DE SIMULACION SI NO
SI EXISTE EVIDENCIA DE QUE SE PROVOCO LAS LESIONES INTENCIONALMENTE ESPECIFIQUE
26) ATENCION MEDICA PREVIA EXTRAINSTITUCIONAL, ESPECIFIQUE
27) INCAPACIDAD INICIAL
AMERITA INCAPACIDAD SI NO
FECHA DE INICIO DIA MES AÑO
No. DE FOLIO
Nº DE DIAS AUTORIZADOS
28) SE ENVIA PACIENTE AL SERVICIO DE
29) NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE
MATRICULA
FIRMA (MEDICO TRATANTE)
30) UNIDAD MEDICA Y DELEGACION

EL ASEGURADO DA CUMPLIMIENTO AL ARTICULO 51 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL DE PROPIO DERECHO Y BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD MANIFIESTA QUE LOS DATOS Y HECHOS AQUÍ ASENTADOS SON VERDADEROS

TRABAJADOR (NOMBRE Y FIRMA)
FAMILIAR O REPRESENTANTE (NOMBRE Y FIRMA)
TESTIGO (NOMBRE Y FIRMA)
DOMICILIO Y TELEFONO DEL FAMILIAR O REPRESENTANTE
DOMICILIO Y TELEFONO DEL TESTIGO

(Hoja 1)



DATOS COMPLEMENTARIOS PARA LA CALIFICACION DE PROBABLE RIESGO DE TRABAJO (PARA SER LLENADO POR LA EMPRESA)

1) NOMBRE DEL PATRON O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA	2) ACTIVIDAD O GIRO	3) REGISTRO PATRONAL
4) DOMICILIO: CALLE Y NUMERO	COLONIA O FRACCIONAMIENTO	
DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO	CODIGO POSTAL / 5) TELEFONO (LADA)	6) CORREO ELECTRONICO
7) NOMBRE DEL TRABAJADOR	8) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	9) DOMICILIO: CALLE Y NUMERO
COLONIA O FRACCIONAMIENTO	DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO	10) CODIGO POSTAL
11) OCUPACION QUE DESEMPEÑABA AL MOMENTO DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD	12) ANTIGÜEDAD EN LA OCUPACION	13) DIA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE / 14) SALARIO DIARIO
15) MATRICULA (TRABAJADOR IMSS)	16) CLAVE PRESUPUESTAL DE LA UNIDAD IMSS DE ADSCRIPCION (TRABAJADOR IMSS)	17) HORARIO DE TRABAJO EL DIA DEL ACCIDENTE / EN CASO DE ENFERMEDAD HORARIO ACTUAL
18) FECHA Y HORA EN QUE OCURRIO EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD: DIA / MES / AÑO / HORA	19) FECHA Y HORA EN QUE EL TRABAJADOR SUSPENDIO LABORES A CAUSA DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD: DIA / MES / AÑO / HORA	
20) CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRIO EL ACCIDENTE: EN LA EMPRESA ☐ / EN UNA COMISION ☐ / EN TRAYECTO A SU TRABAJO ☐ / EN TRAYECTO A SU DOMICILIO ☐ / TRABAJANDO TIEMPO EXTRA ☐		
21) DESCRIPCION PRECISA DE LA FORMA, SITIO O AREA DE TRABAJO EN QUE OCURRIO EL ACCIDENTE, EN CASO DE ENFERMEDAD(ES) DESCRIBIR LOS AGENTES CONTAMINANTES Y TIEMPO DE EXPOSICION A LOS MISMOS		
22) NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA DE LA EMPRESA QUE TOMO CONOCIMIENTO INICIAL DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD	23) FECHA Y HORA DE COMUNICACIÓN DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD: DIA / MES / AÑO / HORA	
24) NOMBRE Y DOMICILIO DE LAS PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE		
25) SI LA PRIMERA ATENCION MEDICA NO LA PROPORCIONO EL IMSS, ANOTAR DONDE SE OTORGO Y ANEXAR CERTIFICADO MEDICO		
26) ANOTAR QUE AUTORIDADES OFICIALES TOMARON CONOCIMIENTO DEL ACCIDENTE Y ANEXAR COPIA CERTIFICADA DEL ACTA RESPECTIVA		
27) ACLARACIONES Y OBSERVACIONES		
28) NOMBRE DEL PATRON O SU REPRESENTANTE LEGAL	29) LUGAR Y FECHA	
30) FIRMA DEL PATRON O SU REPRESENTANTE LEGAL	31) SELLO DEL PATRON O DE LA EMPRESA	

DICTAMEN DE CALIFICACION (PARA USO EXCLUSIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO DEL IMSS)

32) DIAGNOSTICO(S) NOSOLOGICO, ETIOLOGICO Y ANATOMOFUNCIONAL DE LA LESION O ENFERMEDAD			
33) FUNDAMENTO LEGAL DE LA CALIFICACION			34) UNIDAD MEDICA
35) NOMBRE DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN	36) MATRICULA IMSS	37) LUGAR Y FECHA: DIA / MES / AÑO	38) DELEGACION
39) SE ACEPTA COMO ACCIDENTE DE TRABAJO: SI ☐ NO ☐	40) SE ACEPTA COMO ACCIDENTE DE TRAYECTO: SI ☐ NO ☐	41) SE ACEPTA COMO ENFERMEDAD DE TRABAJO: SI ☐ NO ☐	42) FIRMA DEL MEDICO QUE CALIFICA

NOTA: SI NO ESTA DE ACUERDO CON LA CALIFICACION, PUEDE INCONFORMARSE DENTRO DE LOS 15 DIAS HABILES SIGUIENTES A LA NOTIFICACION, EN CUMPLIMIENTO AL ARTICULO 294 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL Y AL REGLAMENTO CORRESPONDIENTE.

RECIBI COPIA ST-7 _____ FECHA: _____

FIRMA DEL TRABAJADOR, BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL

(Hoja 2)

Formato ST-7
Aviso de Atención Médica Inicial y Calificación de Probable Riesgo de Trabajo

Instructivo de Llenado

1).- Nombre del Patrón o Razón Social de la Empresa:

2).- Actividad o Giro: oficina, negocio o varios.

3).- Registro Patronal: **A1011101108**

4).- Domicilio, calle y número: C**alle 8 s/n col. Centro C.P. 24000.**

5).- Teléfono (lada): **019818119243.**

6).- Correo electrónico: **no se requisita.**

12).- Antigüedad en el IMSS: **se verifica en su expediente de los archiveros, se toma a partir del alta ante el IMSS, también se ponen los meses.**

14).- Salario diario integrado: **su SDI se ve en el SUA, se toma el último que tenga antes de la fecha del accidente.**

28).- El nombre del patrón o su representante legal: **nombre del director**

29).- Lugar y fecha: **escribir la fecha que se está requisitando.**

30).- Firma del Patrón o Representante Legal: f**irma de la directora.**

31).- Sello: **poner el sello de los estados unidos mexicanos.**

El Coordinador Administrativo deberá enviar oficio con tarjeta informativa para requisitar los numerales siguientes:

7).- Nombre del Trabajador.

8).- Número del Seguridad Social.

9).- Domicilio del trabajador, calle y número.

10).- Código Postal.

11).- Ocupación que desempeñaba al momento del accidente.

13).- Día de descanso previo al accidente.

17).- Horario de Trabajo.

18).- Fecha y Hora en que ocurrió el accidente.

19).- Fecha y Hora en que el trabajador suspendió labores a causa del accidente.

20).- Circunstancia en la que ocurrió el accidente: **tachar según la tarjeta informativa; si fue en la empresa, estando comisionado, en trayecto a su trabajo, en trayecto a su domicilio o en horas extras.**

21).- Descripción precisa del accidente: **siempre se describe en tercera persona.**

22).- Nombre y cargo de la persona que tomo conocimiento.

23).- La fecha y hora del comunicado del Accidente.

25).- Si la Primera Atención Médica no la proporcionó el IMSS: **escribir el nombre de la clínica particular donde fue atendido.**

27).- Aclaraciones y Observaciones: **escribir si fue atendido primero por la Cruz Roja o si estaba de comisión en otro municipio, o toda observación que venga en la tarjeta informativa.**

NUMERALES QUE NO SE REQUISITAN

15).- Matrícula del Trabajador.

16).- Clave Presupuestal.

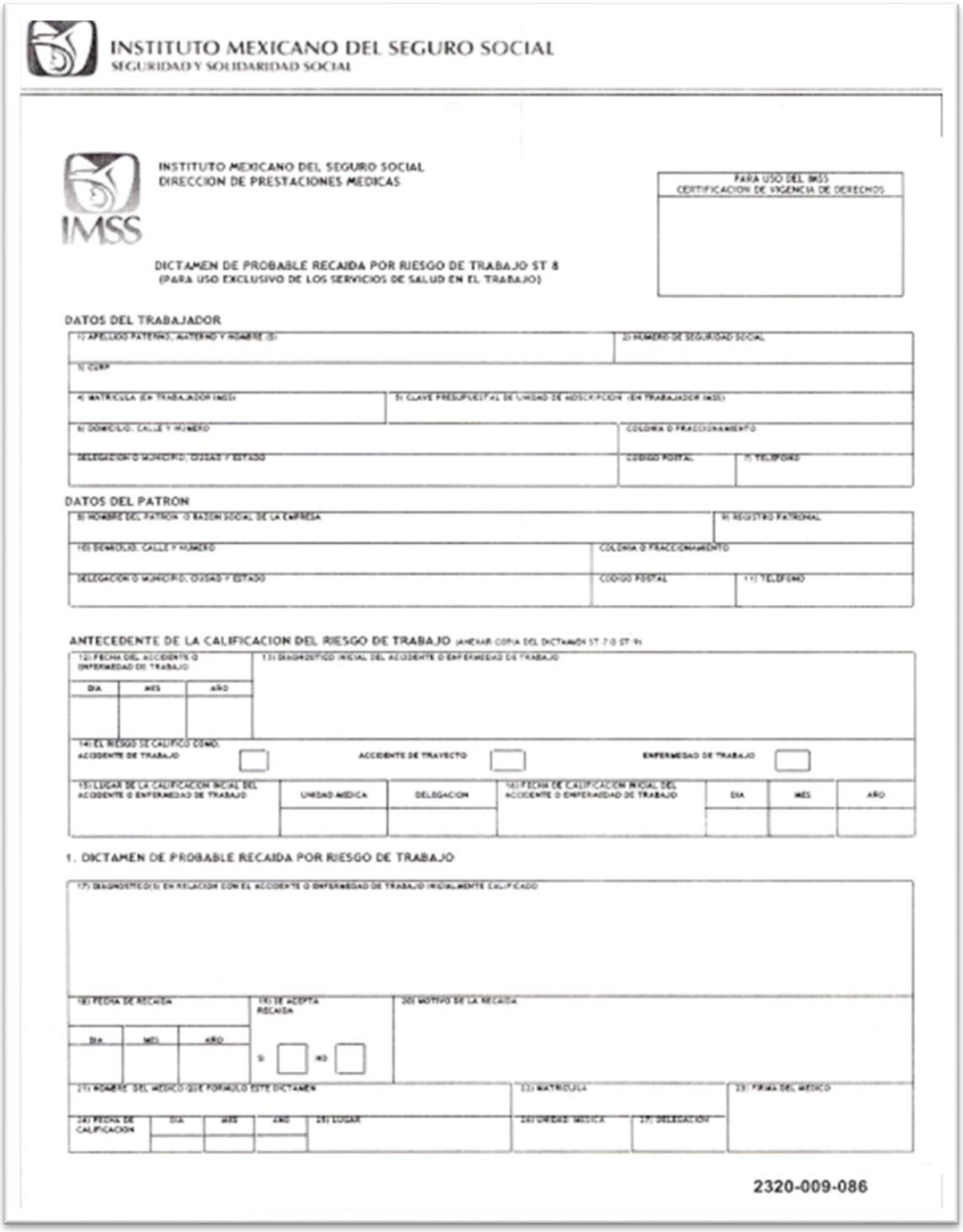
24).- Nombre y Domicilio de las personas que presenciaron el Accidente.

26).- Que autoridades oficiales tomaron conocimiento.

A PARTIR DEL NUMERAL 32 LO REQUISITA SALUD EN EL TRABAJO DEL IMSS.

Anexo 37

Formato ST-8
Dictamen de Recaída por Riesgo de Trabajo



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

IMSS

PARA USO DEL IMSS
CERTIFICACION DE VIGENCIA DE DERECHOS

DICTAMEN DE PROBABLE RECAIDA POR RIESGO DE TRABAJO ST 8
(PARA USO EXCLUSIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO)

DATOS DEL TRABAJADOR

1) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (S) | 2) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL
3) CURP
4) MATRICULA (EN TRABAJADOR IMSS) | 5) CLAVE PRESUPUESTAL DE UNIDAD DE ADSCRIPCION (EN TRABAJADOR IMSS)
6) DOMICILIO: CALLE Y NUMERO | COLONIA O FRACCIONAMIENTO
DELEGACION O MUNICIPIO; CIUDAD Y ESTADO | CODIGO POSTAL | 7) TELEFONO

DATOS DEL PATRON

8) NOMBRE DEL PATRON O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA | 9) REGISTRO PATRONAL
10) DOMICILIO: CALLE Y NUMERO | COLONIA O FRACCIONAMIENTO
DELEGACION O MUNICIPIO; CIUDAD Y ESTADO | CODIGO POSTAL | 11) TELEFONO

ANTECEDENTE DE LA CALIFICACION DEL RIESGO DE TRABAJO (ANEXAR COPIA DEL DICTAMEN ST 7 O ST 9)

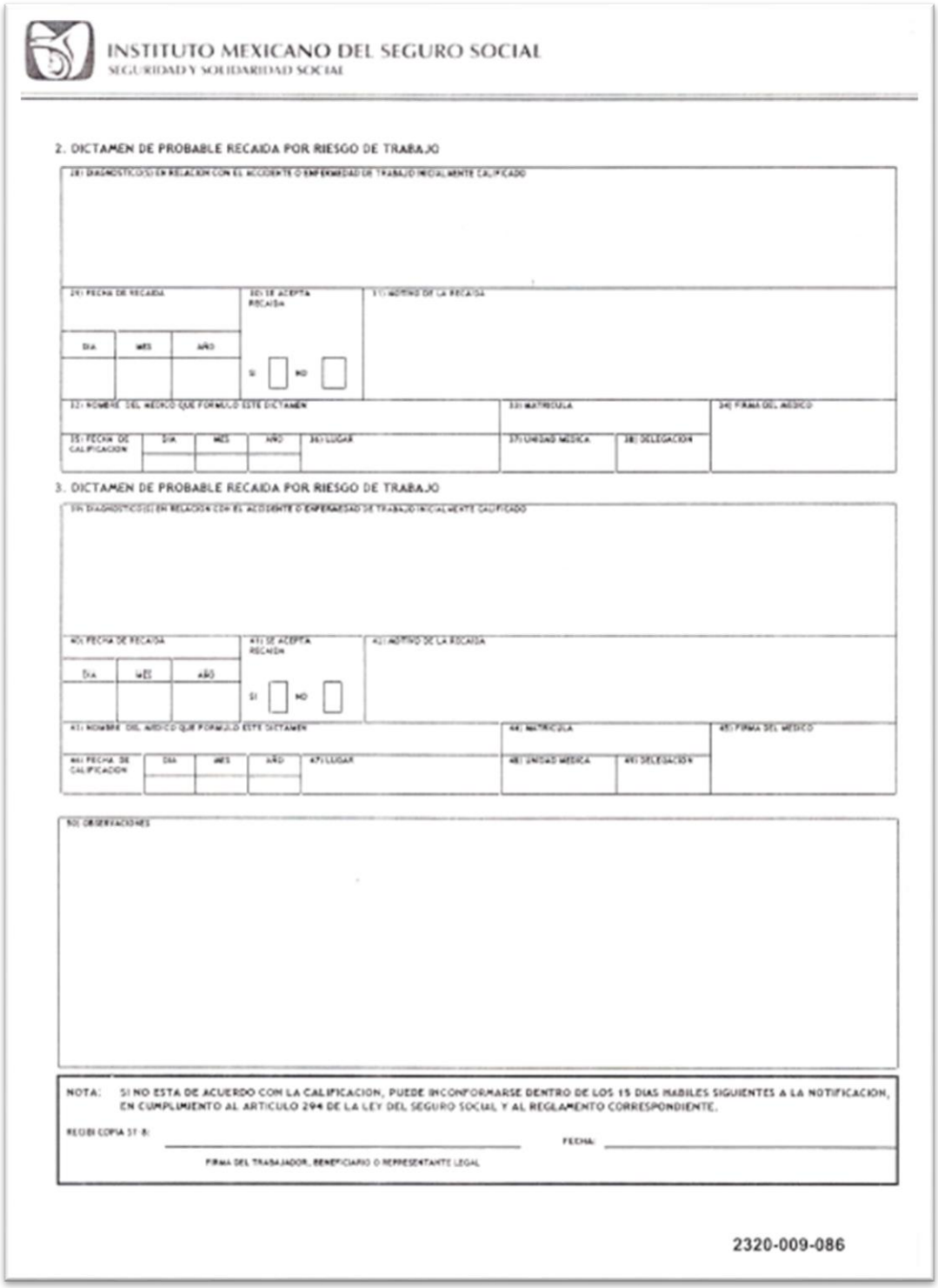
12) FECHA DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO — DIA | MES | AÑO
13) DIAGNOSTICO INICIAL DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO
14) EL RIESGO SE CALIFICO COMO: ACCIDENTE DE TRABAJO ☐ ACCIDENTE DE TRAYECTO ☐ ENFERMEDAD DE TRABAJO ☐
15) LUGAR DE LA CALIFICACION INICIAL DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO | UNIDAD MEDICA | DELEGACION
16) FECHA DE CALIFICACION INICIAL DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO | DIA | MES | AÑO

1. DICTAMEN DE PROBABLE RECAIDA POR RIESGO DE TRABAJO

17) DIAGNOSTICO(S) EN RELACION CON EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO INICIALMENTE CALIFICADO
18) FECHA DE RECAIDA — Dia | MES | AÑO
19) SE ACEPTA RECAIDA — SI ☐ NO ☐
20) MOTIVO DE LA RECAIDA
21) NOMBRE DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN | 22) MATRICULA | 23) FIRMA DEL MEDICO
24) FECHA DE CALIFICACION — DIA | MES | AÑO | 25) LUGAR | 26) UNIDAD MEDICA | 27) DELEGACION

2320-009-086

(Hoja 1)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

2. DICTAMEN DE PROBABLE RECAIDA POR RIESGO DE TRABAJO

28) DIAGNOSTICO(S) EN RELACION CON EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO INICIALMENTE CALIFICADO

29) FECHA DE RECAIDA — DIA | MES | AÑO

30) SE ACEPTA RECAIDA — SI ☐ NO ☐

31) MOTIVO DE LA RECAIDA

32) NOMBRE DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN

33) MATRICULA

34) FIRMA DEL MEDICO

35) FECHA DE CALIFICACION — DIA | MES | AÑO

36) LUGAR

37) UNIDAD MEDICA

38) DELEGACION

3. DICTAMEN DE PROBABLE RECAIDA POR RIESGO DE TRABAJO

39) DIAGNOSTICO(S) EN RELACION CON EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE TRABAJO INICIALMENTE CALIFICADO

40) FECHA DE RECAIDA — DIA | MES | AÑO

41) SE ACEPTA RECAIDA — SI ☐ NO ☐

42) MOTIVO DE LA RECAIDA

43) NOMBRE DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN

44) MATRICULA

45) FIRMA DEL MEDICO

46) FECHA DE CALIFICACION — DIA | MES | AÑO

47) LUGAR

48) UNIDAD MEDICA

49) DELEGACION

50) OBSERVACIONES

NOTA: SI NO ESTA DE ACUERDO CON LA CALIFICACION, PUEDE INCONFORMARSE DENTRO DE LOS 15 DIAS HABILES SIGUIENTES A LA NOTIFICACION, EN CUMPLIMIENTO AL ARTICULO 294 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL Y AL REGLAMENTO CORRESPONDIENTE.

RECIBI COPIA ST 8: _____ FECHA: _____

FIRMA DEL TRABAJADOR, BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL

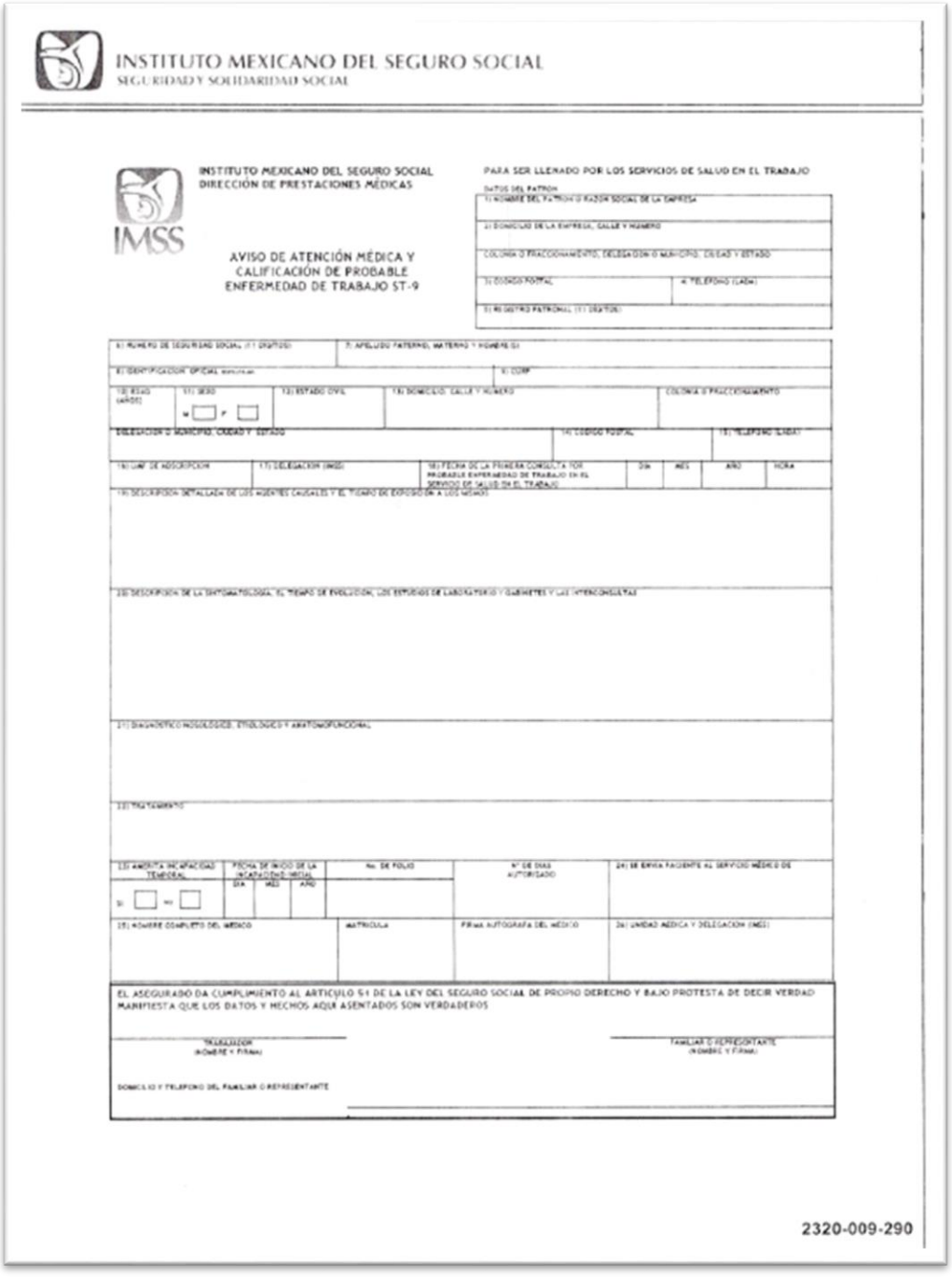
2320-009-086

(Hoja 2)

Anexo 38

Formato ST-9

Aviso de Atención Médica Inicial y Calificación de Probable Enfermedad de Trabajo



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

IMSS

AVISO DE ATENCIÓN MÉDICA Y CALIFICACIÓN DE PROBABLE ENFERMEDAD DE TRABAJO ST-9

PARA SER LLENADO POR LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO

DATOS DEL PATRÓN

1) NOMBRE DEL PATRÓN O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA

2) DOMICILIO DE LA EMPRESA, CALLE Y NÚMERO

COLONIA O FRACCIONAMIENTO, DELEGACIÓN O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO

3) CÓDIGO POSTAL | 4) TELÉFONO (CLAVE)

5) REGISTRO PATRONAL (11 DÍGITOS)

6) NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (11 DÍGITOS) | 7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)

8) IDENTIFICACIÓN OFICIAL | 9) CURP

10) EDAD (AÑOS) | 11) SEXO M ☐ F ☐ | 12) ESTADO CIVIL | 13) DOMICILIO: CALLE Y NÚMERO | COLONIA O FRACCIONAMIENTO

DELEGACIÓN O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO | 14) CÓDIGO POSTAL | 15) TELÉFONO (CLAVE)

16) UMF DE ADSCRIPCIÓN | 17) DELEGACIÓN (NOD) | 18) FECHA DE LA PRIMERA CONSULTA POR PROBABLE ENFERMEDAD DE TRABAJO EN EL SERVICIO DE SALUD EN EL TRABAJO | DÍA | MES | AÑO | HORA

19) DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS AGENTES CAUSALES Y EL TIEMPO DE EXPOSICIÓN A LOS MISMOS

20) DESCRIPCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA, EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN, LOS ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE Y LAS INTERCONSULTAS

21) DIAGNÓSTICO NOSOLÓGICO, ETIOLÓGICO Y ANATOMOFUNCIONAL

22) TRATAMIENTO

23) AMERITA INCAPACIDAD TEMPORAL SI ☐ NO ☐ | FECHA DE INICIO DE LA INCAPACIDAD INICIAL DÍA MES AÑO | No. DE FOLIO | Nº DE DÍAS AUTORIZADO | 24) SE ENVÍA PACIENTE AL SERVICIO MÉDICO DE

25) NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO | MATRÍCULA | FIRMA AUTÓGRAFA DEL MÉDICO | 26) UNIDAD MÉDICA Y DELEGACIÓN (NOD)

EL ASEGURADO DA CUMPLIMIENTO AL ARTÍCULO 51 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL DE PROPIO DERECHO Y BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD MANIFIESTA QUE LOS DATOS Y HECHOS AQUÍ ASENTADOS SON VERDADEROS

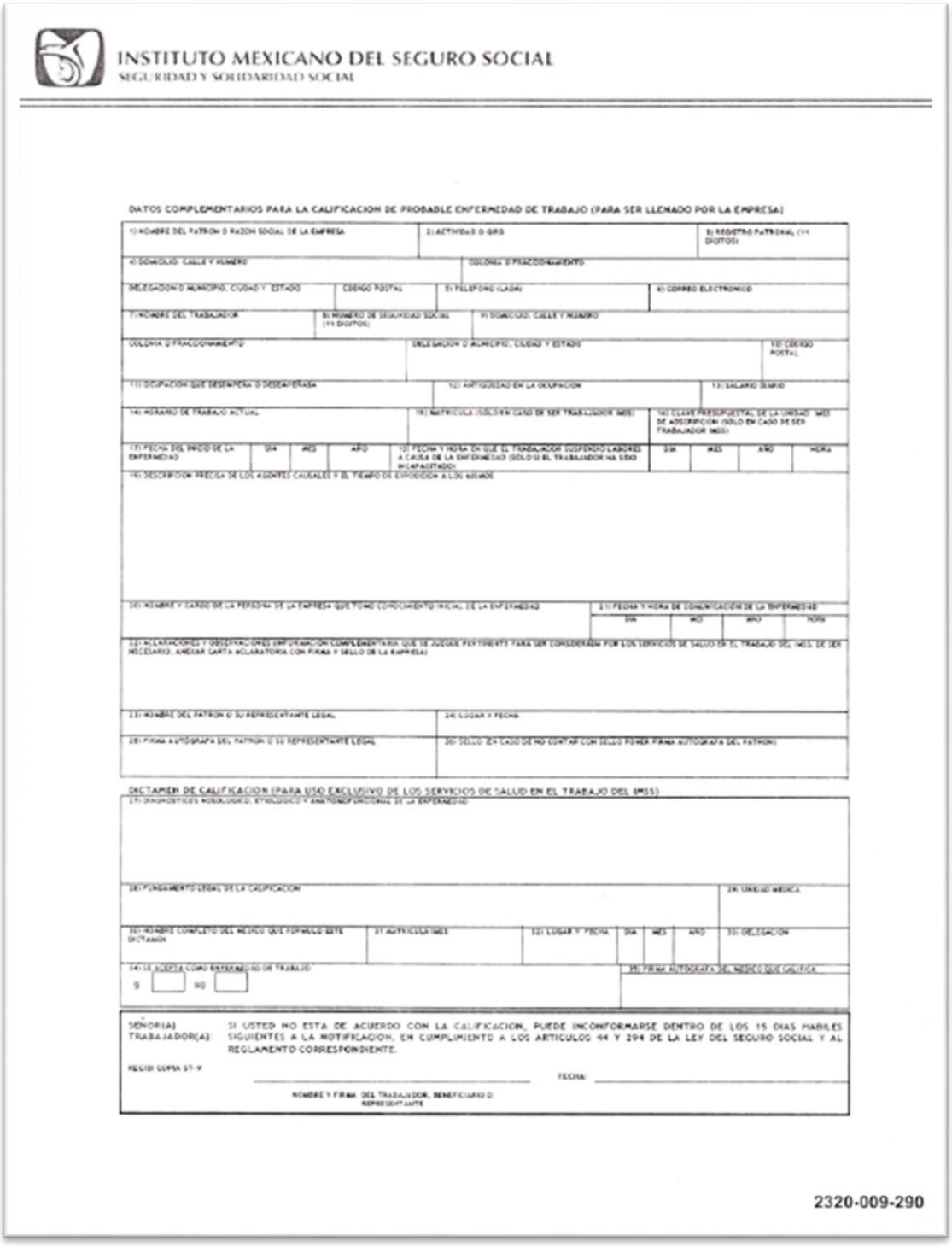
TRABAJADOR (NOMBRE Y FIRMA)

FAMILIAR O REPRESENTANTE (NOMBRE Y FIRMA)

DOMICILIO Y TELÉFONO DEL FAMILIAR O REPRESENTANTE

2320-009-290

(Hoja 1)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DATOS COMPLEMENTARIOS PARA LA CALIFICACION DE PROBABLE ENFERMEDAD DE TRABAJO (PARA SER LLENADO POR LA EMPRESA)

1) NOMBRE DEL PATRON O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA | 2) ACTIVIDAD O GIRO | 3) REGISTRO PATRONAL (11 DIGITOS)

4) DOMICILIO CALLE Y NUMERO | COLONIA O FRACCIONAMIENTO

DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO | CODIGO POSTAL | 5) TELEFONO (LADA) | 6) CORREO ELECTRONICO

7) NOMBRE DEL TRABAJADOR | 8) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (11 DIGITOS) | 9) DOMICILIO, CALLE Y NUMERO

COLONIA O FRACCIONAMIENTO | DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO | 10) CODIGO POSTAL

11) OCUPACION QUE DESEMPEÑA O DESEMPEÑABA | 12) ANTIGUEDAD EN LA OCUPACION | 13) SALARIO DIARIO

14) HORARIO DE TRABAJO ACTUAL | 15) MATRICULA (SOLO EN CASO DE SER TRABAJADOR IMSS) | 16) CLAVE PRESUPUESTAL DE LA UNIDAD IMSS DE ADSCRIPCION (SOLO EN CASO DE SER TRABAJADOR IMSS)

17) FECHA DEL INICIO DE LA ENFERMEDAD: DIA | MES | AÑO | 18) FECHA Y HORA EN QUE EL TRABAJADOR SUSPENDIO LABORES A CAUSA DE LA ENFERMEDAD (SOLO SI EL TRABAJADOR HA SIDO INCAPACITADO): DIA | MES | AÑO | HORA

19) DESCRIPCION PRECISA DE LOS AGENTES CAUSALES Y EL TIEMPO DE EXPOSICION A LOS MISMOS

20) NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA DE LA EMPRESA QUE TUVO CONOCIMIENTO INICIAL DE LA ENFERMEDAD | 21) FECHA Y HORA DE COMUNICACION DE LA ENFERMEDAD: DIA | MES | AÑO | HORA

22) ACLARACIONES Y OBSERVACIONES (INFORMACION COMPLEMENTARIA QUE SE JUZGUE PERTINENTE PARA SER CONSIDERADA POR LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO DEL IMSS. DE SER NECESARIO, ANEXAR CARTA ACLARATORIA CON FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA)

23) NOMBRE DEL PATRON O SU REPRESENTANTE LEGAL | 24) LUGAR Y FECHA

25) FIRMA AUTOGRAFA DEL PATRON O SU REPRESENTANTE LEGAL | 26) SELLO (EN CASO DE NO CONTAR CON SELLO PONER FIRMA AUTOGRAFA DEL PATRON)

DICTAMEN DE CALIFICACION (PARA USO EXCLUSIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO DEL IMSS)

27) DIAGNOSTICO NOSOLOGICO, ETIOLOGICO Y ANATOMOPATOLOGICO DE LA ENFERMEDAD

28) FUNDAMENTO LEGAL DE LA CALIFICACION | 29) UNIDAD MEDICA

30) NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN | 31) MATRICULA | 32) LUGAR Y FECHA: DIA | MES | AÑO | 33) DELEGACION

34) SE SUJETA A COMO ENFERMEDAD DE TRABAJO: SI ☐ NO ☐ | 35) FIRMA AUTOGRAFA DEL MEDICO QUE CALIFICA

SEÑOR(A) TRABAJADOR(A): SI USTED NO ESTA DE ACUERDO CON LA CALIFICACION, PUEDE INCONFORMARSE DENTRO DE LOS 15 DIAS HABILES SIGUIENTES A LA NOTIFICACION, EN CUMPLIMIENTO A LOS ARTICULOS 44 Y 294 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL Y AL REGLAMENTO CORRESPONDIENTE.

RECIBI COPIA ST-9

FECHA: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR, BENEFICIARIO O REPRESENTANTE

2320-009-290

(Hoja 2)

Formato
Primer Periodo Vacacional 2023

Anexo 39

CAMPECHE
GOBIERNO DE TODOS

PRIMER PERIODO VACACIONAL 2023

	FECHA DE INCIO LUNES	FECHA DE TERMINO VIERNES
1	30-ene	10-feb
2	06-feb	17-feb
3	13-feb	24-feb
4	20-feb	03-mar
5	27-feb	10-mar
6	06-mar	17-mar
7	13-mar	24-mar
8	20-mar	31-mar
9	27-mar	07-abr
10	03-abr	14-abr
11	10-abr	21-abr
12	17-abr	28-abr
13	24-abr	05-may
14	01-abr	12-may
15	08-may	19-may
16	15-may	26-may
17	22-may	02-jun
18	29-may	09-jun
19	05-jun	16-jun
20	12-jun	23-jun
21	19-jun	30-jun
22	26-jun	07-jul
23	03-jul	14-jul
24	10-jul	21-jul
25	17-jul	28-jul
26	24-jul	04-ago
27	31-jul	11-ago
28	07-ago	18-ago
29	14-ago	25-ago
30	21-ago	01-sep
31	28-ago	08-sep
32	04-sep	15-sep
33	11-sep	22-sep
34	18-sep	29-sep
35	25-sep	06-oct
36	02-oct	13-oct
37	09-oct	20-oct
38	16-oct	27-oct
39	23-oct	03-nov
40	30-oct	10-nov

NOTA: En los casos en que, dentro del periodo vacacional se encuentre un día inhábil considerado en el calendario de días no laborales, se correrá la fecha de entrada a laborar.

Formato DGRHyEO-13

Anexo 40

Autorización para Laborar Horas Extraordinarias

CAMPECHE
GOBIERNO DE TODOS

Secretaría de Administración y Finanzas
Dirección General de Recursos Humanos y Estructuras Ocupacionales
Subdirección de Control de Personal

DGRHyEO-13

AUTORIZACIÓN PARA LABORAR HORAS EXTRAORDINARIAS

SE AUTORIZA AL C.:			NO. DE EMPLEADO
ORG. CENTRAL O ENT. PARAEST.:		UNIDAD:	
A TRABAJAR LOS DIAS:	COMENZANDO A LAS:		NÚMERO DE HORAS EXTRAS
NO SE AUTORIZA EL PAGO DEL TIEMPO EXTRA, SI ESTA AUTORIZACIÓN NO ES ENTREGADA A LA DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS			

TRABAJO A REALIZAR

NUMERO	OPERATIVO	ADMINISTRATIVO	OTROS
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO			

CAUSAS POR LAS QUE PROLONGA LA JORNADA ORDINARIAS:

SOLICITADO POR:	AUTORIZADO POR:	FECHA

Formato DGRHyEO-13
Autorización para Laborar Horas Extraordinarias

Instructivo de Llenado

Nombre de la Forma: Autorización para Laborar Horas Extraordinarias.
Objeto de la Forma: Gestionar la autorización para efectuar el pago de horas extraordinarias a los servidores públicos que por necesidades del servicio las lleven a cabo de acuerdo a la normatividad laboral.
Instrucciones Generales: Este formato será llenado en letra molde, a máquina o procesado en equipo de cómputo y los datos no deberán invadir los límites de los recuadros, asimismo deberá de ser firmado por el jefe de la unidad administrativa de los Organismos Centralizados y las Entidades Paraestatales y autorizado por el titular de los Organismos Centralizados y las Entidades.

Elabora: El jefe de la Unidad Administrativa.
Destino: La Dirección de Recursos Humanos
Número de copias: dos copias.
Original: Dirección de Recursos Humanos.
1a. copia: Coordinación Administrativa de los Organismos Centralizados y las Entidades Paraestatales.
2ª. Copia: Jefe de la Unidad Administrativa.

Instrucciones de Llenado

1. **Se autoriza al C:** El(os) nombre(s), apellido paterno, apellido materno del trabajador que realizará la(s) hora(s) extraordinaria(s).
2. **No. de Empleado:** El número de control único e interpersonal que corresponde al servidor público para efecto de nómina y de control de personal. El número que le corresponde al empleado según nómina.
3. **De los Organismos Centralizados y las Entidades Paraestatales:** El nombre del centro de trabajo.
4. **Unidad Administrativa o Área de Trabajo:** El nombre del área administrativa en que el servidor público labora según el Reglamento Interior de cada Organismo Centralizado y Entidad Paraestatal.
5. **A trabajar los días:** Anotará el o los nombres de los días de la semana que trabajará el empleado sin rebasar los límites permitidos por la normatividad laboral.
6. **Comenzando a las:** Se anotará la hora en que iniciará la(s) hora(s) extraordinaria(s).

7. **Número de Horas Extras:** Se anotará el número de horas extraordinarias que se realizarán sin rebasar los límites permitidos por la normatividad laboral.
8. **Número de Trabajo a Realizar:** Anotará el número de trabajo o trabajos que deberá realizar durante la(s) hora(s) extraordinaria(s).
9. **Tipo de Trabajo a Realizar:** Señale con una "X" si el tipo de trabajo que corresponde a las funciones operativas, administrativas o de otra naturaleza, según el Catálogo de Puestos del Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado.
10. **Descripción del Trabajo:** Anotará la descripción del trabajo que justifican la autorización para que se lleve a cabo la(s) hora(s) extraordinaria(s).
11. **Causas por las que se prolonga la jornada ordinaria:** Anotará las causas por las que se prolonga la jornada ordinaria que justifican la autorización para que se lleve a cabo la(s) hora(s) extraordinaria(s).
12. **Solicitado por:** Deberá anotar el nombre completo y su respectiva firma del Titular de la Unidad Administrativa en cuya área de trabajo se realizará(n) la(s) hora(s) extraordinaria(s).
13. **Autorizado por:** Deberá anotar el nombre y su respectiva firma del Titular de los Organismos Centralizados y las Entidades Paraestatales o el servidor público facultado para ello en quien se delegue dicha facultad.
14. **Fecha:** El día, mes y año de su llenado.

Anexo 41

Formato DGRHyEO-14
Reporte de Horas Extras

CAMPECHE
GOBIERNO DE TODOS

REPORTE DE HORAS EXTRAS

Formato DGRHyEO-14

QUINCENA _____ **MES** _____ **AÑO** _____

TIEMPO EXTRA LABORADO										
DIA	**SEMANA 1**		**SEMANA 2**		**SEMANA 3**		**SEMANA 4**		**SEMANA 5**	
	DIA	HRS. LAB.	DIA	HRS. LAB.	DIA	HRS.	DIA	HRS.	DIA	HRS.
LUNES										
MARTES										
MIÉRCOLES										
JUEVES										
VIERNES										
SABADO										
DOMINGO										
TOTAL HORAS										

NOMBRE DEL TRABAJADOR:	
NO. DE EMPLEADO	
ORG. CENTRAL O ENT. PARAEST.	
UNIDAD	
TOTAL HORAS EXTRAS:	

ELABORO	INTERESADO	EL QUE SUSCRIBE HACE CONSTAR QUE LOS DATOS REGISTRADOS EN EL PRESENTE, CONCUERDAN CON EL REGISTRO ORIGINAL DE ASISTENCIA
_____	_____	

Formato DGRHyEO-14
Reporte de Horas Extras

Instructivo de Llenado

Nombre de la Forma: Reporte de Horas Extras.
Objeto de la Forma: Gestionar el pago de horas extraordinarias a los servidores públicos que por necesidades del servicio las lleven a cabo de acuerdo a la normatividad laboral.
Instrucciones Generales: Este formato será llenado en letra molde, a máquina o procesado en equipo de cómputo y los datos no deberán invadir los límites de los recuadros, asimismo deberá de ser firmado por el coordinador administrativo de los Organismos Centralizados y las Entidades Paraestatales, el personal que realiza la hora extraordinaria como parte interesada y personal responsable del registro de asistencia al trabajo de los Organismos Centralizados y las Entidades Paraestatales.

Elabora: El Coordinador Administrativo.
Destino: La Dirección de Recursos Humanos.
Número de copias: dos copias.
Original: Dirección de Recursos Humanos.
1a. copia: Coordinación Administrativa de los Organismos Centralizados y las Entidades Paraestatales.
2ª. Copia: Interesado.

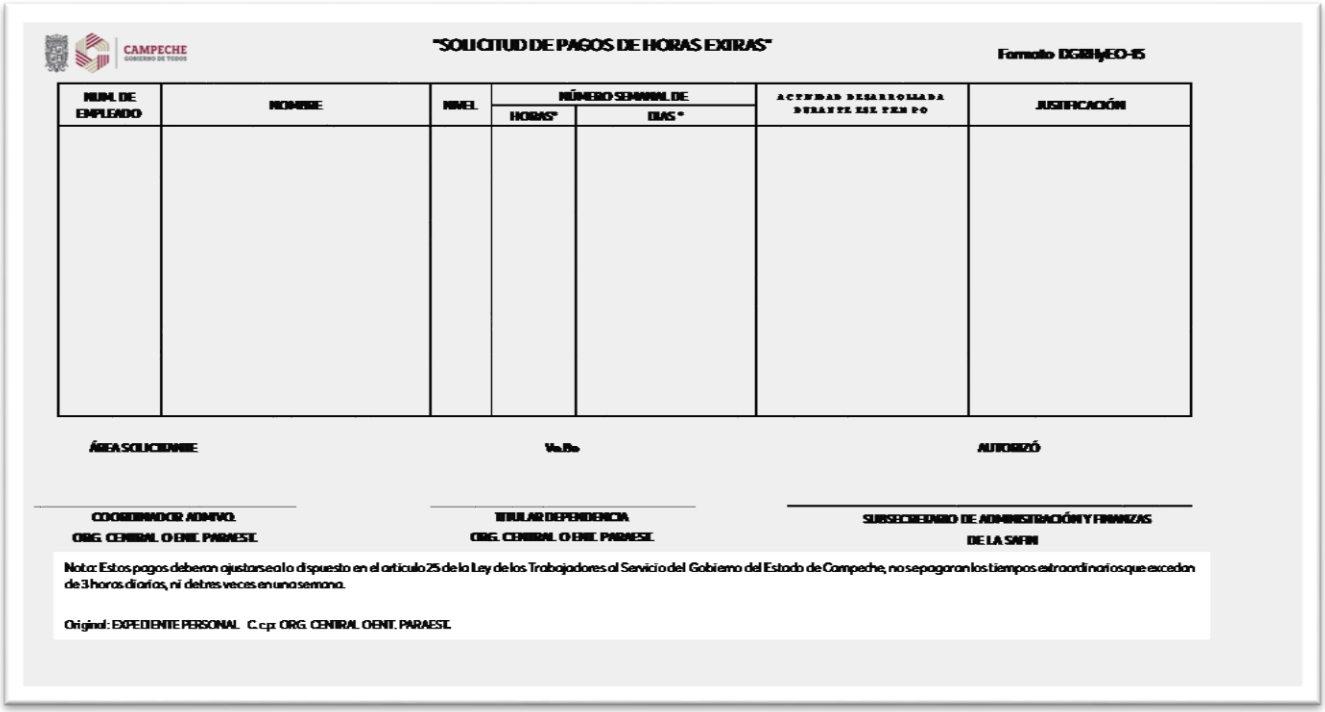
Instrucciones de Llenado

1. **Correspondiente al mes de:** Se anotará el mes y el año que corresponde al periodo en que se efectuó la hora(s) extraordinaria(s).
2. **Tiempo extra laborado:** Se registrará en las celdas respectivas el número de horas que se laboraron por semana y el total de las mismas, sin rebasar los límites permitidos por la normatividad laboral.
3. **Nombre del trabajador:** El(os) nombre(s), apellido paterno, apellido materno del trabajador.
4. **No. de Empleado:** El número de control único e interpersonal que corresponde al servidor público para efecto de nómina y de control de personal. El número que le corresponde al empleado según nómina.
5. **Organismos Centralizados y Entidades Paraestatales:** El nombre del centro de trabajo.

6. **Unidad Administrativa o Área de Trabajo:** El nombre del área administrativa en que el servidor público labora según el Reglamento Interior de cada Organismo Centralizado y Entidad Paraestatal.
7. **Total horas extras:** Se anotará el total de horas extras acumuladas en las semanas del mes calendario de que se trate, según la sumatoria del apartado 2 de este instructivo.
8. **Elaboró:** Nombre y firma del Coordinador Administrativo que elaboró el llenado del formato.
9. **Interesado:** Nombre y firma del trabajador que realizó las horas extraordinarias.
10. **Control de Asistencia:** Nombre y firma del servidor público responsable del control de asistencia en los Organismos Centralizados y las Entidades Paraestatales.

Anexo 42

Formato DGRHyEO-15
"Solicitud de Pagos de Horas Extras"



CAMPECHE
GOBIERNO DE TODOS

"SOLICITUD DE PAGOS DE HORAS EXTRAS"

Formato DGRHyEO-15

NUM. DE EMPLEADO	NOMBRE	NIVEL	NÚMERO SEMANAL DE:		ACTIVIDAD DESARROLLADA DURANTE EL TIEMPO	JUSTIFICACIÓN
			HORAS*	DIAS *		

ÁREA SOLICITANTE

Vo.Bo

AUTORIZÓ

COORDINADOR ADMVO.
ORG. CENTRAL O ENT. PARAEST.

TITULAR DEPENDENCIA
ORG. CENTRAL O ENT. PARAEST.

SUBSECRETARIO DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
DE LA SAFIN

Nota: Estos pagos deberan ajustarse a lo dispuesto en el articulo 25 de la Ley de los Trabajadores al Servicio del Gobierno del Estado de Campeche, no se pagaran los tiempos extraordinarios que excedan de 3 horas diarias, ni de tres veces en una semana.

Original: EXPEDIENTE PERSONAL C.c.p: ORG. CENTRAL O ENT. PARAEST.

Formato DGRHyEO-15

"Solicitud de Pagos de Horas Extras"

Instructivo de Llenado

Nombre de la Forma: Solicitud de Pagos de Horas Extras.
Objeto de la Forma. Gestionar el pago de horas extraordinarias a los servidores públicos que por necesidades del servicio las lleven a cabo de acuerdo a la normatividad laboral.
Instrucciones Generales: Este formato será llenado en letra molde, a máquina o procesado en equipo de cómputo y los datos no deberán invadir los límites de los recuadros, asimismo deberá de ser firmado por el responsable del área solicitante de los Organismos Centralizados y las Entidades Paraestatales, el titular de los Organismos Centralizados y las Entidades Paraestatales, director de Recursos Humanos de la SAFIN.

Elabora: El área solicitante.
Destino: La Dirección de Recursos Humanos.
Número de copias: Una copia.
Original: Dirección de Recursos Humanos.
Copia: Coordinación Administrativa de los Organismos Centralizados y las Entidades Paraestatales.

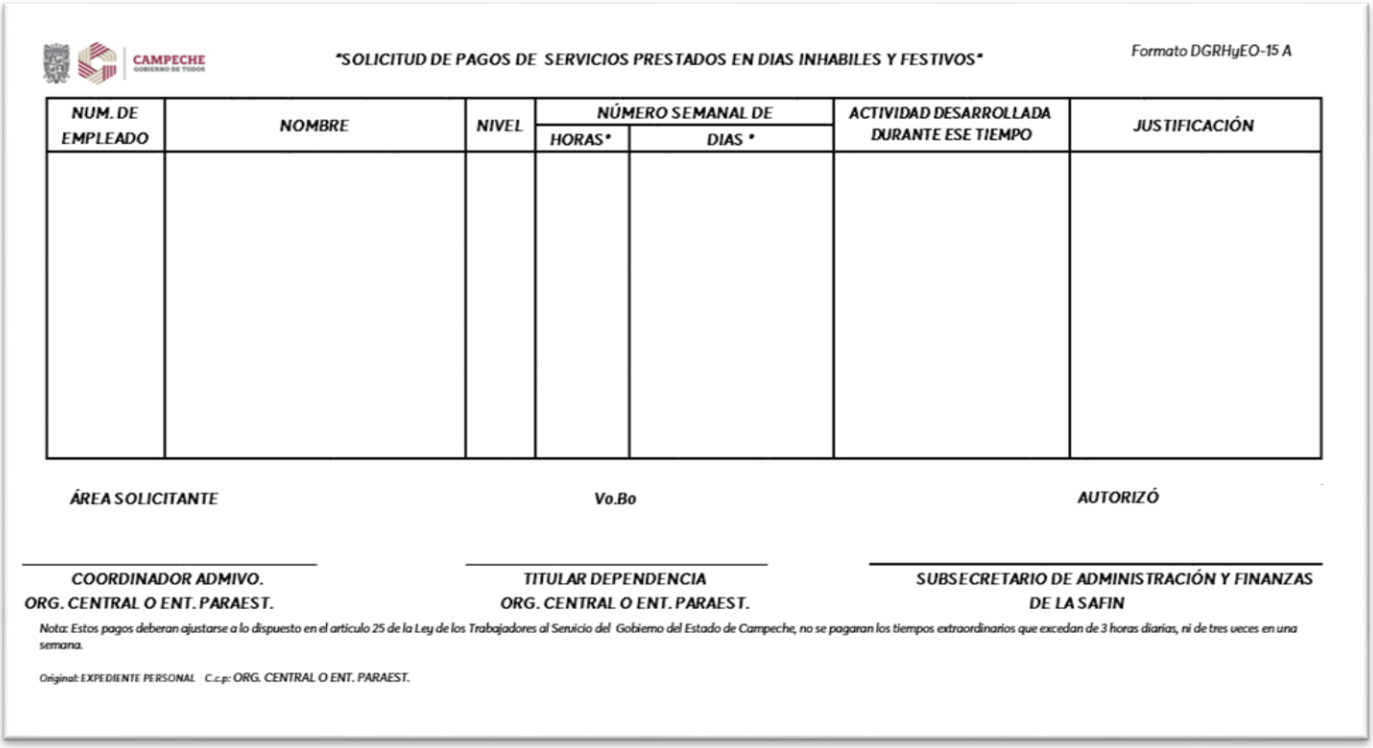
Instrucciones de Llenado

1. **No. de Empleado:** El número de control único e interpersonal que corresponde al servidor público para efecto de nómina y de control de personal. El número que le corresponde al empleado según nómina.
2. **Nombre del trabajador:** El(os) nombre(s), apellido paterno, apellido materno del trabajador.
3. **Nivel:** El nivel según denominación del catálogo de puesto.
4. **Horas.** Se registrará en las celdas respectivas el número de horas que se laboraron por semana y el total de las mismas, sin rebasar los límites permitidos por la normatividad laboral.
5. **Días:** Se anotará el día, mes y el año que corresponde al periodo en que se efectuó la hora(s) extra(s). No se tramitarán las horas extras que excedan de 3 horas diarias, ni de 3 veces en una semana
6. **Actividad desarrollada durante ese tiempo:** Describir la Actividad que no sea rutinaria o normal, cuyo objetivo sea la prestación de servicio públicos o labores de interés general prioritario.

7. **Justificación:** La causa que amerita laborar en horarios fuera de los establecidos, que deriven de una circunstancia extraordinaria y no del desempeño de las actividades que realiza en su jornada normal de labores.

Formato DGRHyEO-15A
Solicitud de Pagos de Servicios Prestados en Días Inhábiles y Festivos"

Anexo 43



CAMPECHE
GOBIERNO DE TODOS

"SOLICITUD DE PAGOS DE SERVICIOS PRESTADOS EN DIAS INHABILES Y FESTIVOS"

Formato DGRHyEO-15 A

NUM. DE EMPLEADO	NOMBRE	NIVEL	NÚMERO SEMANAL DE		ACTIVIDAD DESARROLLADA DURANTE ESE TIEMPO	JUSTIFICACIÓN
			HORAS*	DIAS *		

ÁREA SOLICITANTE — Vo.Bo — AUTORIZÓ

COORDINADOR ADMIVO. ORG. CENTRAL O ENT. PARAEST.

TITULAR DEPENDENCIA ORG. CENTRAL O ENT. PARAEST.

SUBSECRETARIO DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS DE LA SAFIN

Nota: Estos pagos deberan ajustarse a lo dispuesto en el articulo 25 de la Ley de los Trabajadores al Servicio del Gobierno del Estado de Campeche, no se pagaran los tiempos extraordinarios que excedan de 3 horas diarias, ni de tres veces en una semana.

Original: EXPEDIENTE PERSONAL C.c.p: ORG. CENTRAL O ENT. PARAEST.

Formato DGRHyEO-15A
"Solicitud de Pagos de Servicios Prestados en Días Inhábiles y Festivos"

Instructivo de Llenado

Nombre de la Forma: Solicitud de Pagos de Servicios Prestados en Días Inhábiles y Festivos.

Objeto de la Forma. Gestionar el pago de Servicios Prestados en Días Inhábiles y Festivos a los servidores públicos que por necesidades del servicio las lleven a cabo de acuerdo a la normatividad laboral.

Instrucciones Generales: Este formato será llenado en letra molde, a máquina o procesado en equipo de cómputo y los datos no deberán invadir los límites de los recuadros, asimismo deberá de ser firmado por el responsable del área solicitante de los Organismos Centralizados y las Entidades Paraestatales, el titular de los Organismos Centralizados y las Entidades Paraestatales, director de Recursos Humanos de la SAFIN.

Elabora: El área solicitante.
Destino: La Dirección de Recursos Humanos.
Número de copias: Una copia.
Original: Dirección de Recursos Humanos.
Copia: Coordinación Administrativa de los Organismos Centralizados y las Entidades Paraestatales.

Instrucciones de Llenado

1. **Num. de Empleado:** El número de control único e interpersonal que corresponde al servidor público para efecto de nómina y de control de personal. El número que le corresponde al empleado según nómina.
2. **Nombre del trabajador:** El(os) nombre(s), apellido paterno, apellido materno del trabajador.
3. **Nivel:** El nivel según denominación del catálogo de puesto.
4. **Horas.** Se registrará en las celdas respectivas el número de horas que se laboraron por semana y el total de las mismas, sin rebasar los límites permitidos por la normatividad laboral.
5. **Días:** Se anotará el día, mes y el año que corresponde al periodo en que se efectuó la hora(s) extra(s). No se tramitarán las horas extras que excedan de 3 horas diarias, ni de 3 veces en una semana

6. **Actividad desarrollada durante ese tiempo:** Describir la Actividad que no sea rutinaria o normal, cuyo objetivo sea la prestación de servicio públicos o labores de interés general prioritario.
7. **Justificación:** La causa que amerita laborar en horarios fuera de los establecidos, que deriven de una circunstancia extraordinaria y no del desempeño de las actividades que realiza en su jornada normal de labores.

Formato DGRHyEO-16

Anexo 44

"Solicitud de Corrección de Datos en Nómina"

CAMPECHE
GOBIERNO DE TODOS

"SOLICITUD DE CORRECCION DE DATOS EN NOMINA"

Formato DGRHyEO-16

C. (NOMBRE Y PUESTO DEL SUBSECRETARIO)
SUBSECRETARIO DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
P R E S E N T E .

ORG. CENTRAL O ENT. PARAEST. _____

OFICIO: _____ FECHA: _____

SOLICITO A USTED SE SIRVA CORREGIR LOS DATOS DEL PERSONAL QUE A CONTINUACION SE DETALLA:

ESTRUCTURA PROGRAMATICA	NUMERO DE EMPLEADO	NOMBRE	FIRMA DEL TRABAJADOR	NIVEL	DATOS A MODIFICAR	
					INCORRECTO	CORRECTO

ELABORO

COORDINADOR ADMINISTRATIVO
ORG. CENTRAL O ENT. PARAEST.

Vo. Bo.

TITULAR DEL ORG. CENTRAL O ENT. PARAEST.

AUTORIZO

DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS
DE LA SAFIN

Original: EXPEDIENTE PERSONAL
C.c.p.: ORG. CENTRAL O ENT. PARAEST.

Formato DGRHyEO-16
"Solicitud de Corrección de Datos en Nómina"

Instructivo de Llenado

Nombre de la forma: Formato "Solicitud de Corrección de Datos en Nómina".
Objeto de la Forma: Gestionar la corrección de datos de los servidores públicos motivados por la escritura incorrecta de su nombre, fecha de ingreso y otras referencias de índole personal que afecten la nómina.
Instrucciones Generales: Este formato será llenado a máquina y los datos no deberán invadir los límites de los recuadros, asimismo deberá de ser firmado por el Titular del Unidad Administrativa de los Organismos Centralizados y las Entidades Paraestatales y el Director de Recursos Humanos.

Elabora: Los Organismos Centralizados y las Entidades Paraestatales (Unidad administrativa).
Destino: La Dirección de Recursos Humanos.
Número de Copias: Dos copias.
Original: Expediente del servidor público.
1a. copia: Minutario del Departamento de Incidencias y Prestaciones.
2a. copia: Unidad Administrativa de los Organismos Centralizados y las Entidades Paraestatales.

Instrucciones de Llenado

1. **C. SUBSECRETARIO DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS:** El nombre del Subsecretario de Administración y Finanzas.
2. **Organismos Centralizados y Entidades Paraestatales:** El nombre del centro de trabajo.
3. **Oficio:** La numeración otorgada por los Organismos Centralizados y las Entidades Paraestatales.
4. **Fecha:** El día, mes y año en que fue llenado el formato.
5. **Estructura Programática:** Se anotará la clave completa.
6. **Número de Empleado:** El número de control único e interpersonal que corresponde al servidor público para efecto de nómina y de control de personal. El número que le corresponde al empleado según nómina.
7. **Nombre:** El nombre (s), apellido paterno y apellido materno.
8. **Firma del trabajador:** La firma del empleado de conformidad con los datos.

9. **Nivel:** Deberá anotar el nivel de puesto según el Catálogo de Puestos del Poder Ejecutivo.
10. **Datos a Modificar:** Especificar el dato a modificar:
- Nombre, Apellido, Fecha de ingresos, Etc.
11. **Incorrecto:** El dato incorrecto a modificar.
12. **Correcto:** El dato correcto.
13. **Firmas:** La firma de las autoridades superiores que autorizan, incluyendo al Titular de los Organismos Centralizados y las Entidades Paraestatales.

Anexo 45

Formato DGRHyEO-17
"Solicitud de Expedición de Constancias"

CAMPECHE
GOBIERNO DE TODOS

Formato DGRHyEO-17

SOLICITUD DE EXPEDICIÓN DE CONSTANCIAS

San Francisco de Campeche, Cam., a ____ de _____ del 202____.

C. (NOMBRE Y PUESTO)
Director de Recursos Humanos.
Presente.

Por este medio solicito a usted me sea expedida constancia laboral para realizar los trámites de:

_____

_____

Sin otro particular, le agradezco su atención al presente.

ATENTAMENTE

_____
FIRMA

NOMBRE: _____

TELÉFONO: _____

ORG. CENTRAL O ENT. PARAEST.: _____

Calle 8 Núm. 325, entre Calle 63 y Circuito Baluartes, Col. Centro C.P. 24000 San Francisco de Campeche, Campeche
Tel. 9818119200 Ext. 33355 www.campeche.gob.mx

Formato DGRHyEO-17 A
Solicitud de Expedición de Constancias para Guarderías

Anexo 46

CAMPECHE
GOBIERNO DE TODOS

Formato DGRHyEO-17-A

SOLICITUD DE EXPEDICIÓN DE CONSTANCIAS PARA GUARDERÍAS

San Francisco de Campeche, Cam., a _____ de _____ del 202___.

C. (NOMBRE)
Director de Recursos Humanos.
P r e s e n t e

Por este medio solicito a usted me sea expedida constancia laboral, para realizar trámites de Guardería que contenga Registro Patronal y Días no Laborables, así como los siguientes datos:

Número de Afiliación al IMSS: _____

Cargo: _____

Adscripción: _____

_____

_____

Domicilio del Org. Central o Ent. Paraest: _____

_____

_____

Teléfono: _____.

Cubriendo un horario de trabajo de _____ a _____ horas

Días programados de vacaciones de los dos períodos: del _____ de
(DÍA)

_____ del _____ al _____ de _____ del _____ y
(MES) (AÑO) (DÍA) (MES) (AÑO)

del _____ de _____ del _____ al _____ de _____
(DÍA) (MES) (AÑO) (DÍA) (MES)

del _____.
(AÑO)

Sin otro particular, le agradezco su atención al presente.

ATENTAMENTE

SELLO DE LA SECRETARIA

_____
NOMBRE Y FIRMA

_____
NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL JEFE INMEDIATO CON Vo. Bo. DEL PERÍODO VACACIONAL

Calle 8 Núm. 305, entre Calle 63 y Circuito Baluartes, Col. Centro C.P. 24000 San Francisco de Campeche, Campeche, Tel. 9818119888 Ext. 33355 www.campeche.gob.mx

Formato DGRHyEO-18
"Pase de Salida"

Anexo 47

CAMPECHE
GOBIERNO DE TODOS

Poder Ejecutivo del Estado de Campeche
Secretaría de Administración y Finanzas
Subsecretaria de Administración y Finanzas **Formato DGRHyEO-18**
Dirección General de Recursos Humanos y Estructuras Organizacionales

PASE DE: SALIDA [ ] ENTRADA [ ] No. _____

San Francisco de Campeche, Camp., a ____ de _____ de _____

REGISTRO
SALIDA

Se hace constar que el C. _____

Permanerá ausente de _____

Tiempo aproximado _____ A partir de las _____

Para ocurrir a _____

Con objeto de _____

ENTRADA

Categoría _____ No. de Empleado _____

No. de Tarjeta _____ Horario _____

Salió _____ Hrs. Regresó _____ Hrs. Tiempo _____

_____ Firma del Interesado

_____ Nombre y Firma del Jefe Inmediato

Nota: Este modelo sugerido que deberá adecuarse según el planteamiento y las necesidades del servicio del Org. Central o Ent. Paraest.

Formato DGRHyEO-18
Pase de Salida

Instructivo de Llenado

Nombre de la Forma: Pase de salida.
Objeto de la Forma: Sustentar la ausencia del servidor público en horas laborales de su área de trabajo, con objeto de realizar actividades oficiales o índole personal.
Instrucciones Generales: Este formato será llenado a mano con letra molde o máquina y los datos no deberán invadir los límites de los espacios; y deberá de ser firmado por el jefe inmediato y el interesado. Asimismo, deberán ser remitidos quincenalmente al área de personal de su centro de trabajo.

Elabora: Los servidores públicos.
Destino: Las Unidades administrativas de los Organismos Centralizados y las Entidades Paraestatales.
Número de Copias: Dos copias.
Original: Unidad administrativa del centro de trabajo.
1a. copia: Expediente del área de trabajo. 2a. copia: Servidor público.

Instrucciones de Llenado

1. **Recuadros:** Marcar con una "X" el tipo de pase.
- Entrada
- Salida

2. **No:** El No. de folio.
3. **Fecha:** El día, mes y año de su llenado.
4. **Se hace constar que el C.:** El nombre, apellido paterno, apellido materno del empleado.
5. **Permanecerá Ausente de:** El nombre del área de trabajo.
6. **Tiempo Aproximado:** El número de horas que dispondrá.
7. **A partir de las:** La hora de la salida o entrada.
8. **Para ocurrir a:** El nombre del lugar que acudirá.
9. **Con objeto de:** La diligencia a realizar.
10. **Categoría:** El nombre del puesto.
11. **No. de Empleado:** El número que le corresponde al empleado según nómina.
12. **No. de Tarjeta:** El número que le corresponde al empleado.
13. **Horario:** El periodo de horario de trabajo.
14. **Salió:** La hora de salida.
15. **Regresó:** La hora de regreso.

16. **Tiempo:** Tiempo computado.
17. **Reloj Checador:** Checar el pase según justificación:

- Salida Entrada. Estos datos serán llenados a mano con letra molde, en el caso de checar en el sistema de entradas y salidas de huella digital.

18. **Firma:** Del interesado y nombre y firma del jefe inmediato.

Anexo 48

Formato
Forma de Alta (ISSSTECAM)

ISSSTECAM
Gestión de afiliados
Forma de Alta

DP-AV-FR-01

Información Personal

CURP:	RFC:
Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Nombre(s):	Sexo:
Fecha de nacimiento:	Estado Civil:
Domicilio:	
Colonia:	Entidad:
Municipio:	Teléfono:

Datos Laborales

Adscripción: A GOBIERNO DEL ESTADO	Número Empleado:
Sueldo Base:	Plaza/Puesto:
Número del IMSS/ISSSTE:	

Fecha de Ingreso o Reingreso al ISSSTECAM:

Fecha del Registro de este Aviso en SIPAI:

Firma del Representante de la Entidad Pública

Firma del Trabajador

Acudir a las Oficinas del ISSSTECAM para el llenado de los siguientes

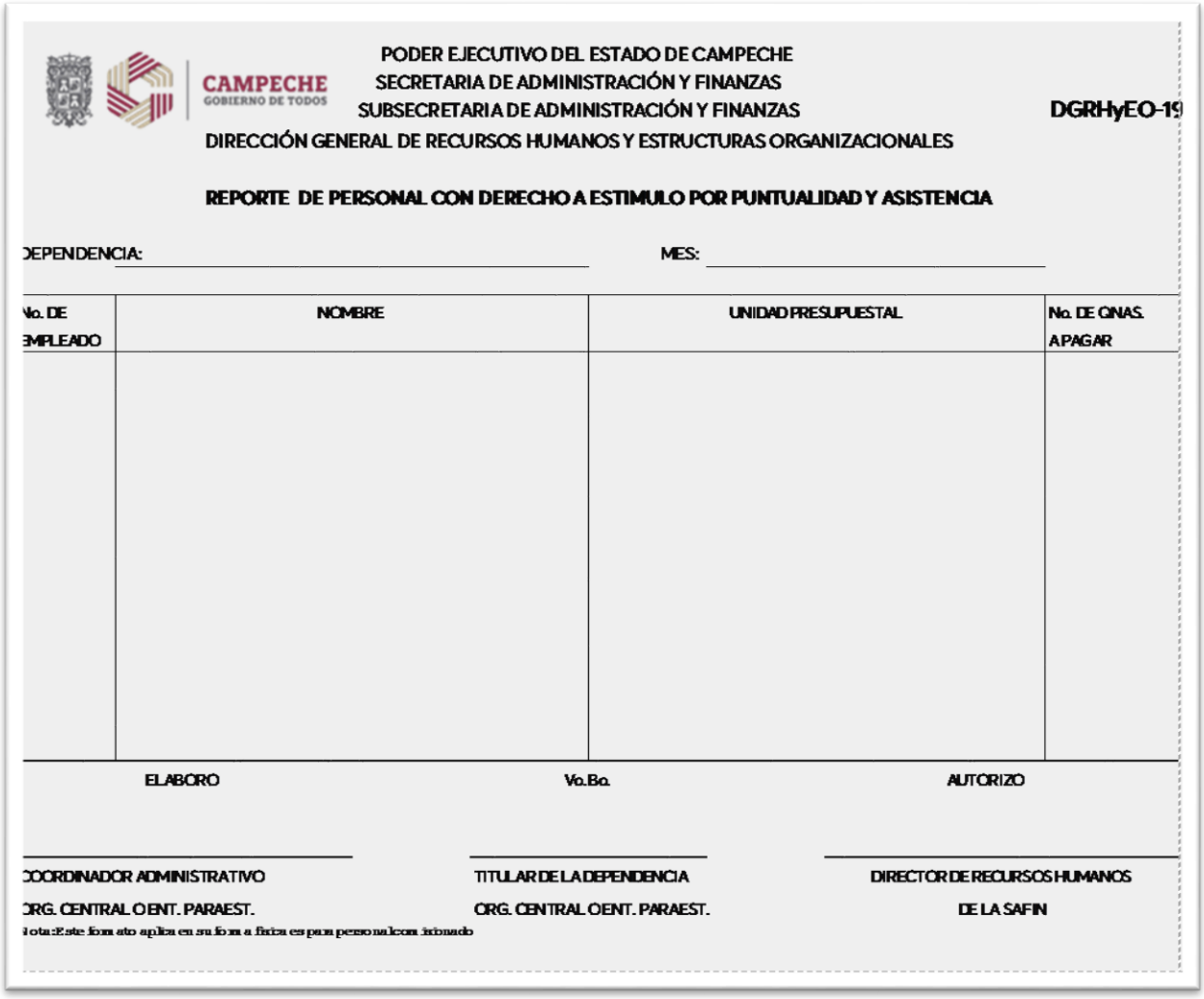
Dependientes Económicos

Esposa o Concubina e hijos menores de 18

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Sexo	Parentesco	Fecha Nacimiento	Edad (a la fecha)

Anexo 49

Formato DGRHyEO-19
Reporte de Personal con Derecho a Estímulo por Puntualidad y Asistencia



PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE CAMPECHE
SECRETARIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS Y ESTRUCTURAS ORGANIZACIONALES

DGRHyEO-19

REPORTE DE PERSONAL CON DERECHO A ESTIMULO POR PUNTUALIDAD Y ASISTENCIA

DEPENDENCIA: _____ MES: _____

No. DE EMPLEADO	NOMBRE	UNIDAD PRESUPUESTAL	No. DE QNAS. A PAGAR

ELABORO | Vo.Bo. | AUTORIZO

COORDINADOR ADMINISTRATIVO ORG. CENTRAL O ENT. PARAEST. | TITULAR DE LA DEPENDENCIA ORG. CENTRAL O ENT. PARAEST. | DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS DE LA SAFIN

Nota: Este formato aplica en su forma física es para personal con tabulador

Formato DGRHyEO-19
Reporte de Personal con Derecho a Estímulo por Puntualidad y Asistencia

Instructivo de Llenado

Nombre de la Forma: Reporte de personal con derecho a estímulo por puntualidad y asistencia.
Objeto de la Forma: Gestionar el pago de estímulos económicos por concepto de puntualidad y asistencia, con el objetivo de estimular a los empleados públicos quienes se han hecho acreedores de acuerdo al artículo 41 del reglamento de asistencia, puntualidad y permanencia en el trabajo de los trabajadores de base al servicio del Gobierno del Estado de Campeche.
Instrucciones Generales: Este formato será llenado a máquina y los datos no deberán invadir los límites de los recuadros, y deberá de ser firmado por el titular de la Unidad administrativa de los Organismos Centralizados y las Entidades Paraestatales y el Director de Recursos Humanos.

Elabora: Los Organismos Centralizados y las Entidades Paraestatales.
Destino: La Dirección de Recursos Humanos.
Número de Copias: Dos copias.
Original: Expediente del servidor público.
1a. copia: Minutario del Departamento de Incidencias y Prestaciones.
2a. copia: Unidad administrativa de los Organismos Centralizados y las Entidades Paraestatales.

Instrucciones de Llenado

1. **Organismos Centralizados y Entidades Paraestatales:** El nombre del centro de trabajo.
2. **Mes:** El mes al cual corresponde la quincena en que se pagará el estímulo.
3. **Número de Empleado:** El número de control único e interpersonal que corresponde al servidor público para efecto de nómina y de control de personal. El número que le corresponde al empleado según nómina.
4. **Nombre:** El nombre (s), apellido paterno y apellido materno del empleado.
5. **Unidad Presupuestal:** Identifica al área administrativa de los Organismos Centralizados y las Entidades Paraestatales que es responsable de la ejecución presupuestaria.

6. **No. de Qnas. a Pagar:** El número de quincena a pagar al mes.
7. **Firma:** La firma de las autoridades superiores que autorizan, incluyendo el Titular de los Organismos Centralizados y las Entidades Paraestatales.

Anexo 50

Formato DGRHyEO-20
Solicitud de Estímulo por Superación Académica

CAMPECHE
GOBIERNO DE TODOS

Formato DGRHyEO-20

SOLICITUD DE ESTÍMULO POR SUPERACIÓN ACADÉMICA

No. de Oficio: _____

C. (NOMBRE Y PUESTO)
SUBSECRETARIO DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
PRESENTE:

Fecha: _____

Por este conducto solicito a Usted a bien gestionar ante quien corresponda la autorización para efectuar el pago de Estímulo por Superación Academica a favor del personal que a continuación se detalla:

Org. Central o Ent. Paraest _____

Área de Trabajo: _____

Nombre del Empleado: _____

Puesto que Ocupa: _____ Nivel de Puesto: _____

Número de Empleado: _____ C.U.R.P. _____

Señale el Nivel de Estudios Terminado:

EDUCACIÓN BÁSICA:

Primaria y	$1,200.00	☐	Licenciatura Titulado	$1,900.00	☐
Secundaria	$1,200.00	☐			
Preparatoría	$1,300.00	☐	Titulación a tróves de Maestría	$2,500.00	☐

Documentos oficiales que acreditan los estudios cursados:

_____

_____

Elaboró	Vo. Bo.	Autorizó
C. (NOMBRE Y PUESTO) COORDINADOR ADMINISTRATIVO ORG. CENTRAL O ENT. PARAEST.	C. (NOMBRE Y PUESTO) TITULAR DE LA DEPENDENCIA ORG. CENTRAL O ENT. PARAEST.	C. (NOMBRE Y PUESTO) DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS

Formato DGRHyEO-20
Solicitud de Estímulo por Superación Académica

Instructivo de Llenado

Nombre de la Forma: Solicitud de Estímulo por Superación Académica.
Objeto de la Forma: Gestionar la autorización para efectuar el pago de estímulo económico a los servidores públicos que han concluido con estudios medios superiores o superiores.
Instrucciones Generales: Este formato será llenado en letra molde, a máquina o procesado en equipo de cómputo y los datos no deberán invadir los límites de los recuadros, asimismo deberá de ser firmado por el titular de la Unidad administrativa de los Organismos Centralizados y las Entidades Paraestatales, el titular de los Organismos Centralizados y las Entidades Paraestatales y el director de Recursos Humanos.

Elabora: El servidor público.
Destino: La Dirección de Recursos Humanos.
Número de copias: una copia.
Original: Expediente.
1a. copia: Interesado.

Instrucciones de Llenado

1. **C.:** El nombre del Subsecretario de Administración y Finanzas.
2. **Oficio:** La numeración otorgada por los Organismos Centralizados y las Entidades Paraestatales.
3. **Fecha:** El día, mes y año en que fue llenado el formato.
4. **Organismos Centralizados y Entidades Paraestatales:** El nombre del centro de trabajo.
5. **Área de Trabajo:** El nombre del área administrativa en que el servidor público labora.
6. **Nombre del Empleado:** El(os) nombre(s), apellido paterno, apellido materno.
7. **Puesto que Ocupa:** El puesto según denominación del catálogo de puesto.
8. **Nivel de Puesto:** El nivel según denominación del catálogo de puesto.
9. **Número de Empleado:** El número de control único e interpersonal que corresponde al servidor público para efecto de nómina y de control de personal. El número que le corresponde al empleado según nómina.
10. **C.U.R.P.:** La clave del registro federal de contribuyente a 12 o 13 posiciones.

11. Señale con una "X" el nivel de estudios terminados.
12. Especificar el tipo de documento que acredita los estudios cursados, del cual deberá anexar copia fotostática legible. En caso de Licenciatura Titulado deberá anexar copia del Acta de Examen Profesional o copia del Título.
13. **Firmas:** La firma de las autoridades superiores que autorizan el pago correspondiente.

Anexo 51

Formato DGRHyEO-22

Solicitud de Verificación de Antigüedad en el Servicio Público

CAMPECHE
GOBIERNO DE TODOS

FORMATO DGRHyEO-22

ASUNTO: Se solicita verificar Antigüedad Laboral para premiación de Perseverancia y Lealtad.
San Francisco de Campeche, Cam. a ___ de _____ de _____.

C. (NOMBRE)
DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS
DE LA SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
PRESENTE.

AT'N: C. (NOMBRE)
COORDINADOR DE ARCHIVO DE PERSONAL DE LA DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Por este medio, le solicito la verificación de mis años de servicios en el Poder Ejecutivo del Estado de Campeche:

- ☐ 10 Años
- ☐ 15 Años
- ☐ 20 Años
- ☐ 25 Años
- ☐ 30 Años
- ☐ 35 Años

Adjunto copia de los siguientes documentos:

- ☐ Nombramientos
- ☐ Copia del Reconocimiento
- ☐ Otros especificar
- ☐ Alta IMSS
- ☐ Credenciales
- ☐ Constancias

Área de adscripción: _____
Org. Central o Ent. Paraest

Nombre: _____

Número de Empleado: _____ Teléfono Oficial: _____

_____
Firma del trabajador

C.c.p.- Titular del Área Administrativa de Adscripción del Trabajador.
C.c.p.- Interesado.

Formato DGRHyEO-24
Solicitud de Aplicación del Subsidio para el Empleo

Anexo 52

CAMPECHE
GOBIERNO DE TODOS

Formato DGRHyEO-24

Solicitud de Aplicación del Subsidio para el Empleo

San Francisco de Campeche, Campeche a ____ de **(1)** *de _____*

C. **(2)**
Presente.

En cumplimiento a lo señalado en la Fracción IV del Artículo 98 de la Ley del Impuesto sobre la Renta, manifiesto bajo protesta de decir verdad, que:

(3)	*¿Actualmente presto mis servicios a otro patrón (empleador)*	*SI:*	*NO:*

Si la respuesta anterior fue afirmativa, favor de señalar sólo una de las siguientes opciones:

(4)	*Es mi decisión que el Poder Ejecutivo del Estado de Campeche-GEC950401659 me aplique el subsidio para el empleo en el cálculo del I.S.R.*	*SI:*	*NO:*

Por este mismo medio hago constar que en el momento en que mi situación actual como prestador de servicios subordinados cambie, como por ejemplo: aumento de patrones, disminución de patrones o la propia decisión de a que patrón autorizo para la aplicación del Subsidio para el Empleo, lo notificaré al sitio web https://appscloud.campeche.gob.mx/ en forma inmediata, por lo que mientras yo no de aviso que cambie la autorización y situaciones aquí señalados, los mismos se mantendrán constantes.

servirá como notificación para el patrón, antes de que éste efectúe el primer pago por la prestación de servicios personales subordinados de cada año, en tanto preste servicios para él, de conformidad con los artículos 98 fracción IV y el 99 fracción IV último párrafo, de la Ley del Impuesto Sobre la Renta, así mismo la omisión de este aviso señalado en los artículos antes mencionados serán mi responsabilidad.

Atentamente

(5)

NOMBRE:
RFC: **(7)** **(6)**
NÚMERO DE EMPLEADO: **(8)**

Nota.- Los trabajadores que únicamente tengan como patrón al Poder Ejecutivo del Estado de Campeche, éste último les aplicará el subsidio para el empleo.

DGRHyEO-24
Solicitud de Aplicación del Subsidio para el Empleo

Instructivo de Llenado

Nombre de la Forma: Solicitud de Aplicación del Subsidio para el Empleo

Objeto de la Forma: Sustentar la aplicación del subsidio para el empleo.

Instrucciones Generales: Este formato será llenado a mano con letra molde o máquina y los datos no deberán invadir los límites de los espacios, deberá ser firmado por el trabajador

Elabora: Trabajador

Destino: La Dirección de Recursos Humanos.

Número de Copias: Una

Original: Expediente del servidor público.

Instrucciones de llenado

1. **Fecha:** El día, mes y año en que fue llenado el formato.
2. **C.** Nombre del responsable del Área.
3. **Pregunta:** Deberá marcar con una **X** solamente una de las dos opciones, considerando si presta servicios a otro patrón.
4. **Pregunta:** Si la respuesta a la Pregunta anterior es AFIRMATIVA, deberá marcar con una **X** solamente una de las dos opciones; en caso contrario no deberá marcar algún recuadro.
5. **Firma:** Firma legible del empleado.
6. **Nombre:** El nombre(s), apellido paterno y apellido materno del empleado.
7. **RFC:** El Registro Federal de Contribuyentes del trabajador a 13 posiciones
8. **Número de Empleado:** El número de control único que corresponde al servidor público para efecto de nómina y de control de personal.

Formato DGRHyEO-25

Anexo 53

Solicitud para Presentar Declaración Anual de Forma Personal

CAMPECHE
GOBIERNO DE TODOS

Formato DGRHyEO-25

Solicitud para presentar Declaración Anual de forma personal

San Francisco de Campeche, Campeche a ____ de _____ de _____. (1)

C. (2)
Presente.

El (la) que suscribe, (3) _____, *con Registro Federal de Contribuyentes* (4) _____, *me permito informarle que de conformidad con los artículos 97 último párrafo, inciso c) y 98 fracción III, inciso b) de la Ley del Impuesto sobre la Renta, y 181 de su Reglamento, voy a presentar por mi cuenta la Declaración Anual del Impuesto Sobre la Renta por los ingresos percibidos por concepto de sueldos y salarios correspondiente al ejercicio fiscal 2022.*

Lo anterior, se hace de conocimiento a fin de solicitar atentamente ***NO*** *se efectúe el cálculo del impuesto anual del suscrito, por los ingresos percibidos del Poder Ejecutivo del Estado de Campeche por concepto de sueldos y salarios correspondientes al ejercicio fiscal 2022, toda vez que por cuenta propia presentaré mi Declaración Anual correspondiente.*

Atentamente

(5)

_____

NOMBRE: (6)
RFC:
NÚMERO DE EMPLEADO: (8)
(7)

Formato DGRHyEO-25
Solicitud para Presentar Declaración Anual de Forma Personal

Instructivo de Llenado

Nombre de la Forma: Solicitud para presentar Declaración Anual de forma personal.

Objeto de la Forma: Sustentar la presentación anual de ISR.

Instrucciones Generales: Este formato será llenado a mano con letra molde o máquina y los datos no deberán invadir los límites de los espacios, deberá ser firmado por el trabajador

Elabora: Trabajador

Destino: La Dirección de Recursos Humanos.

Número de Copias: Ninguna

Original: Expediente del servidor público.

Instrucciones de llenado

1. **Fecha:** El día, mes y año en que fue llenado el formato.
2. **C.** Nombre del responsable del Área.
3. **El (la) que suscribe:** Deberá anotar el nombre(s), apellido paterno y apellido materno del empleado
4. **Registro Federal de Contribuyentes:** Deberá anotar el Registro Federal de Contribuyentes del trabajador a 13 posiciones
5. **Firma:** Firma legible del empleado.
6. **Nombre:** El nombre(s), apellido paterno y apellido materno del empleado.
7. **RFC:** El Registro Federal de Contribuyentes del trabajador a 13 posiciones
8. **Número de Empleado:** El número de control único que corresponde al servidor público para efecto de nómina y de control de personal.

Anexo 54

Formato DGRHyEO-26
Solicitud de Inscripción

SAFIN
GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS Y ESTRUCTURAS OCUPACIONALES
DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Formato DGRHyEO-26

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

DATOS DEL EVENTO

Tipo ☐ Presencial
☐ Virtual

Modalidad Curso ◯ Conferencia ◯ Seminario ◯ Diplomado ◯ Otro ◯

Nombre del evento: _____

Fecha (s): _____ Sede: _____

Horario: _____

DATOS GENERALES

Nombre: _____ _____ _____
Apellido Paterno * Apellido Materno * Nombres (s) *

Grado académico y especialidad:* _____ Edad:* _____

Puesto: _____

Número de Empleado: _____ Correo Electrónico:* _____

DATOS INSTITUCIONALES

Organismo Centralizado: _____ Área de Adscripción _____

Jefe inmediato: _____ Puesto: _____
Nombre (s) y apellido (s)

Correo electrónico: _____ Teléfono oficial y extensión: _____

AUTORIZACIÓN

ME COMPROMETO A ASISTIR PUNTUALMENTE AL EVENTO DE CAPACITACIÓN EN LAS FECHAS Y HORARIOS ESTABLECIDOS ASÍ COMO APLICAR LO APRENDIDO EN MI ÁREA DE TRABAJO.	ME COMPROMETO A PROPORCIONARLE TODAS LA FACILIDADES AL SERVIDOR PÚBLICO A MI CARGO, PARA QUE CUMPLA CON LA ASISTENCIA, PUNTUALIDAD Y PERMANENCIA EN EL EVENTO.	
_____	_____	
Firma del solicitante *	Nombre y Firma del jefe inmediato *	Sello de la Dirección de Recursos Humanos.

Remitir a:
Dirección de Recursos Humanos
Calle 8 No. 325 entre 63 y 65 Edificio Lavalle 3° Piso, Col. Centro
Teléfono y Fax: 81-1-92-49, 81-1-92-00 Ext. 33356.
E-mail: safinyabcap@campeche.gob.mx

Original: Dirección de Recursos Humanos.
Copia: Interesado.

Nota: Una vez aceptada la inscripción del trabajador, con el sello de la Dirección de Recursos Humanos, el participante quedará debidamente inscrito en el evento de capacitación.

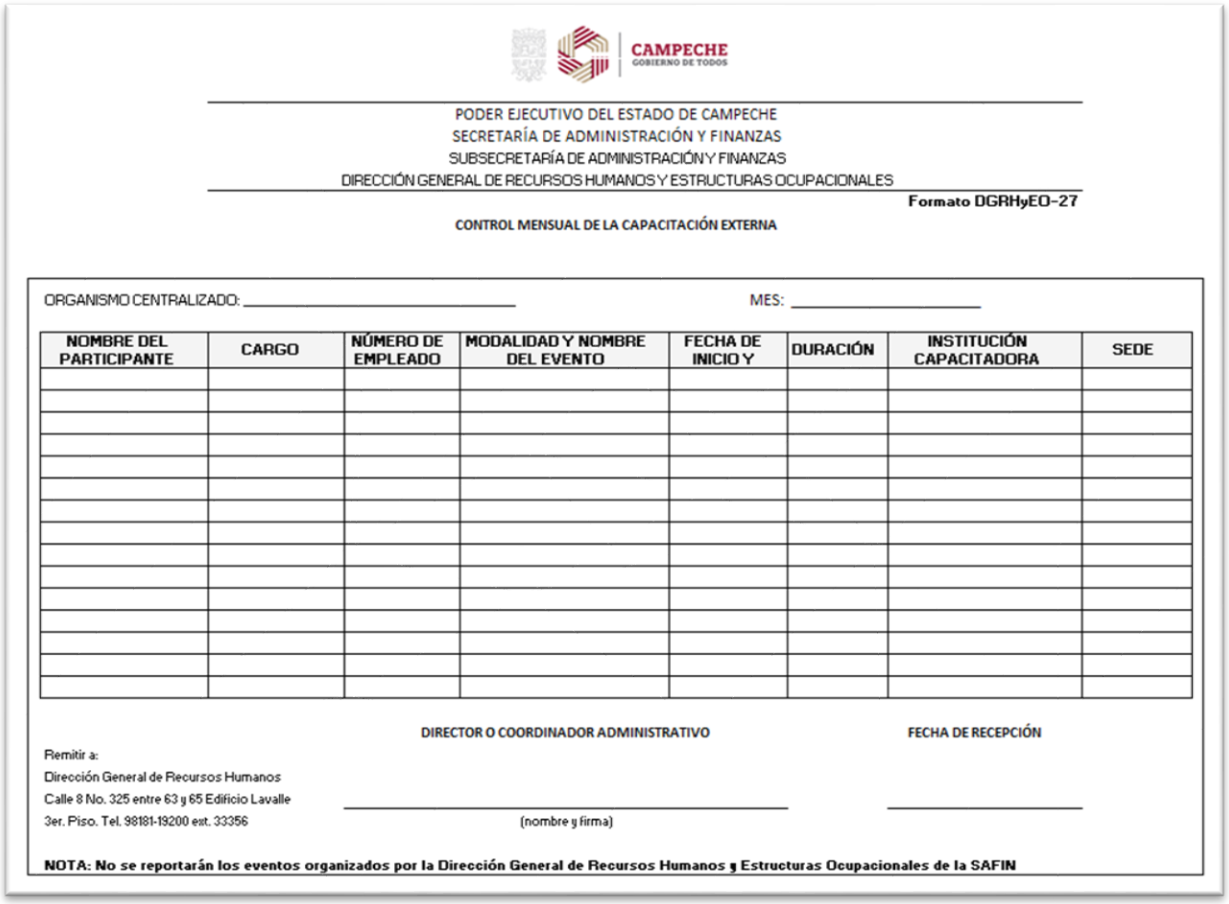
AVISO DE PRIVACIDAD

LPDDPPSO Art. 40. Simplificado, de la Dirección de Recursos Humanos: Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en la BASE DE DATOS PERSONALES DE RECURSOS HUMANOS

I.- DENOMINACIÓN DEL RESPONSABLE: La Secretaría de Administración y Finanzas del Estado de Campeche, con domicilio en calle 8 No. Edificio 149, Colonia Centro, C.P. 24000, San Francisco de Campeche, Campeche, con fundamento en los artículos 1, 22 fracción II, 25 y artículo 26 fracciones XXXIX y XLI de la LEY ORGÁNICA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DEL ESTADO DE CAMPECHE; artículos 1, 4 fracción XVII, y 55 del REGLAMENTO INTERIOR DE LA SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS DEL PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE CAMPECHE, el Titular de la Dirección de Recursos Humanos, en la actualidad responsable en materia de Datos Personales, conforme a lo dispuesto en la fracción XXVIII de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados y artículo 3 fracción XXX de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Campeche.
II.- FINALIDADES DEL TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES: Serán utilizados con la intención de la integración de expedientes personales de cada uno de los empleados del poder Ejecutivo del Estado de Campeche, administración de nóminas, pago de impuestos, prestaciones y cuotas, revisión de auditorías, cumplimiento de obligaciones laborales ante esas autoridades (IMSS, INFONAVIT, etc.) y movimientos de personal.
III.- TRANSFERENCIAS DE DATOS PERSONALES: Se le informa que sus datos no podrán ser remitidos dentro o fuera del país consentimiento expreso, salvo las excepciones previstas en la ley, de acuerdo a lo siguiente:
A) Podrán ser remitidos a los propios contribuyentes, a los funcionarios encargados de la administración y de la defensa de los intereses fiscales municipales, a las autoridades judiciales o a contribuyentes cumpliendo con la misma finalidad de estos remitidos en el párrafo anterior.
B) La finalidad de estas transferencias no da origen fiscal, penal o de pensión alimenticia cuando sólo soliciten las autoridades competentes.
IV.- LOS MEDIOS DISPONIBLES PARA QUE EL TITULAR PUEDA MANIFESTAR SU NEGATIVA PARA EL TRATAMIENTO DE SUS DATOS
usted podrá ejercer sus derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición de sus datos personales (derechos ARCO), directamente en la Unidad de Transparencia de la Secretaría de Administración y Finanzas del Poder Ejecutivo del Estado de Campeche ubicada en Calle 8 Número 325, entre 63 y 65, Planta Baja, Zona Centro, C.P. 24000 Ciudad de San Francisco de Campeche, Campeche, en horario de 9:00 am a 14:00 pm. de lunes a viernes, comunicarse al teléfono 9281 y 9280, o al correo electrónico transparencia.safin@campeche.gob.mx y/o, a través de la Plataforma Nacional de Transparencia en el siguiente vínculo de internet: http://www.plataformadetransparencia.org.mx
V.- EL SITIO DE INTERNET DONDE PODRÁ CONSULTAR EL AVISO DE PRIVACIDAD INTEGRAL: usted podrá examinar el Aviso de Privacidad Integral en la siguiente dirección electrónica: http://safin.campeche.gob.mx/privacidad
nuestro promocional en las instalaciones de la Secretaría de Administración y Finanzas, directamente en la Dirección de Recursos Humanos.

Anexo 55

Formato DGRHyEO-27
Control Mensual de la Capacitación Externa



CAMPECHE
GOBIERNO DE TODOS

PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE CAMPECHE
SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS Y ESTRUCTURAS OCUPACIONALES

Formato DGRHyEO-27

CONTROL MENSUAL DE LA CAPACITACIÓN EXTERNA

ORGANISMO CENTRALIZADO: _____ MES: _____

NOMBRE DEL PARTICIPANTE	CARGO	NÚMERO DE EMPLEADO	MODALIDAD Y NOMBRE DEL EVENTO	FECHA DE INICIO Y	DURACIÓN	INSTITUCIÓN CAPACITADORA	SEDE

DIRECTOR O COORDINADOR ADMINISTRATIVO **FECHA DE RECEPCIÓN**

Remitir a:
Dirección General de Recursos Humanos
Calle 8 No. 325 entre 63 y 65 Edificio Lavalle
3er. Piso. Tel. 98181-19200 ext. 33356

_____ _____
(nombre y firma)

NOTA: No se reportarán los eventos organizados por la Dirección General de Recursos Humanos y Estructuras Ocupacionales de la SAFIN

Anexo 56

Formato DGRHyEO-28
Solicitud de Capacitación de los Organismos Centralizados del Poder Ejecutivo Estatal

CAMPECHE
GOBIERNO DE TODOS

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS Y ESTRUCTURAS OCUPACIONALES

SOLICITUD DE CAPACITACIÓN DE LOS ORGANISMOS CENTRALIZADOS DEL PODER EJECUTIVO ESTATAL
(DGRHyEO-28)

Fecha:_____

Organismo Centralizado solicitante:_____

Ramo Presupuestal:_____

Partida: ☐ 3341 ☐ 3342

Modalidad de capacitación solicitada:

☐ Presencial ☐ Virtual

☐ Curso ☐ Conferencia ☐ Seminario ☐ Diplomado

Nombre del evento: ☐

Fecha de inicio: _____ Fecha de término: _____

Horario: _____ No. de horas: _____

Sede del evento: ☐

Contenido temático general:

☐

Instructor o empresa capacitadora:

☐

Síntesis curricular de/los facilitadores/es de capacitación:

☐

1

(Hoja 1)

CAMPECHE

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS Y ESTRUCTURAS OCUPACIONALES

Justificación del evento:

Competencias a desarrollar (conocimientos, habilidades y/o actitudes):

Presupuesto requerido (con números):

A continuación, enliste los nombres completos, puestos y áreas de adscripción de las personas a capacitar. En caso de espacio insuficiente, puede anexar la lista complementaria:

NOMBRE	PUESTO	ÁREA DE ADSCRIPCIÓN

Nombre y Firma de Coordinador Administrativo

2

(Hoja 2)

Anexo 57

Formato DGRHyEO-29
Cédula de respuesta a Solicitud de Capacitación de los Organismos Centralizados del Poder Ejecutivo Estatal

CAMPECHE
GOBIERNO DE TODOS

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS Y ESTRUCTURAS OCUPACIONALES

CÉDULA DE RESPUESTA A SOLICITUD DE CAPACITACIÓN DE LOS ORGANISMOS CENTRALIZADOS DEL PODER EJECUTIVO ESTATAL (DGRHyEO-29)

NOTA: ESTE FORMATO ES PARA EL LLENADO EXCLUSIVO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS Y ESTRUCTURAS OCUPACIONALES DE LA SAFIN.

No. de folio de la solicitud previa: _____

Fecha de la respuesta a la solicitud de capacitación:

_____

Organismo Centralizado solicitante:

_____

Respuesta a la solicitud: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Nombre y Firma del Director General de Recursos Humanos y Estructuras Ocupacionales de la SAFIN	Nombre y Firma del Subsecretario de Administración y Finanzas de la SAFIN

Formato DGRHyEO-30
Retroalimentación de Servicios de Capacitación

Anexo 58

CAMPECHE
GOBIERNO DE TODOS

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS Y ESTRUCTURAS OCUPACIONALES

RETROALIMENTACIÓN DE SERVICIOS DE CAPACITACIÓN

Formato DGRHyEO-30

Nombre del Evento:					**Fecha de inicio:**			
Modalidad:	**Virtual**		**Presencial**		**Fecha de término:**			
Nombre del Instructor (a)								
Sede:					**Horario:**			
No. de Participantes:					**Duración por sesión:**			
					Duración Total:			

Informe General del Evento de Capacitación:

Nombre y Firma del Coordinador Administrativo
(Dependencia)