Formato DAP-01
Solicitud de Autorización de Movimiento de Personal

Anexo 14

PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE CAMPECHE

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE MOVIMIENTOS DE PERSONAL

Formato DAP-01
EDICION
21/08/2019

I. DATOS DEL SOLICITANTE:

ENTIDAD PUBLICA: (1)

ESTRUCTURA PROGRAMATICA: (2)

TIPO DE MOVIMIENTO: ALTA: ☐ PROMOCION: ☐ CAMBIO DE NIVE ☐ CONTRATO ☐ (3)

II. DATOS DEL (LA) PROPUESTO (A):

NOMBRE: (4)

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

RFC: (5) CURP: (6) IMSS: (7)

ESCOLARIDAD: (8) NIVEL: (9)

IV. DATOS DE LA PLAZA VACANTE:

SUSTITUIR A: (10)

PUESTO: (11) NIVEL: (12)

TIPO DE PLAZA: BASE ☐ CONFIANZA ☐

VIGENCIA: DEFINITIV ☐ PROVISIONAL ☐ TEMPORAL: ☐ (13)

JUSTIFICACION: (14)

V. FIRMA DE SOLICITUD

ELABORO

(15)

FIRMA DEL ÁREA ADMINISTRATIVA

Vo. Bo.

(16)

FIRMA DEL TITULAR

VI. FIRMA DE AUTORIZACION

(17)

(18)

AUTORIZACION			
FECHA			NUMERO
DIA	MES	AÑO	

NOTA: Las Altas serán efectivas hasta que el titular del Poder Ejecutivo las autorice y la Dirección de Administración de Personal 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 una Dependencia o Entidad no cuenta con la autorización correspondiente no deberá iniciar la relación laboral. La Dependencia o Entidad que incorpore a trabajadores sin autorización de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental, será responsable de esa contratación por el tiempo no autorizado.

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL
Poder Ejecutivo del Estado de Campeche
Subsecretaría de Administración
Dirección de Administración de Personal

Formato DAP-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, mencionando las características y requisitos que deben reunir los candidatos.
Instrucciones Generales: Este formato será llenado a máquina o procesado en computadora y los datos no deberán invadir los límites de los recuadros. Asimismo, este formato deberá ser firmado por el Titular de la Dependencia o Entidad Pública y el Titular del Área Administrativa.
Elabora: Las Dependencias y las Entidades Públicas (Área Administrativa).
Destino: La Dirección de Administración de Personal.
Número de Copias: Dos copias.
Original: Dirección de Administración de Personal.
1a. copia: Área Administrativa de la Dependencia o Entidad Pública.
2a. copia: Área de trabajo solicitante.

Instrucciones de Llenado

Datos del Solicitante

1. **Entidad Pública:** El nombre de la Dependencia o Entidad Pública.
2. **Estructura Programática:** Se anotará la clave completa que consta de 30 dígitos.
3. **Tipo de Movimiento que deja la plaza vacante:** Marcar con una "X" el tipo de movimiento, si este es alto, promoción, cambio de nivel o contrato.

Datos del (la) Propuesto (a).

4. **Nombre:** Anotar los datos siguientes: anotar el apellido paterno y materno, así como el nombre del empleado.
5. **RFC:** La clave del Registro Federal de Contribuyentes a 12 o 13 posiciones.
6. **CURP:** La clave única de registro de población, de acuerdo con su cédula de identificación fiscal.
7. **IMSS:** En caso de tener IMSS, anotar su número de afiliación.
8. **Escolaridad:** Anotar el grado de estudios actual del trabajador.
9. **Nivel:** Del Puesto propuesto.

Datos de la Plaza Vacante.

10. **Sustituir a:** El nombre completo de la última persona que ocupaba la plaza.
11. **Puesto:** El puesto del empleado a quién se sustituye.

12. **Nivel:** Del Puesto vacante.
13. **Tipo de Plaza:** Marcar con una "X" el tipo de plaza, si este es de base o confianza y la
    Vigencia si es: Definitiva, Provisional o Temporal.
14. **Justificación:** Exponer los motivos por los cuales se solicita autorización de este movimiento.

Firma de Solicitud

15. **Firma del Área Administrativa:** La firma del Área Administrativa que elaboró la solicitud de autorización del movimiento.
16. **Firma del Titular:** La firma de Visto Bueno del Titular de la Dependencia que autoriza el movimiento.
17. **Firma de Autorización:** Requisitado por la Dirección de Administración de Personal.
18. **Autorización:** Requisitado por la Dirección de Administración de Personal.

Formato DAP-01 A
Solicitud de Autorización de Movimiento de Personal

Anexo 15

SOLICITUD DE AUTORIZACION DE MOVIMIENTOS DE PERSONAL

I. DATOS DEL SOLICITANTE:

Formato DAP-01 A
EDICION 21/08/2019

ENTIDAD PUBLICA: (1)

ESTRUCTURA PROGRAMATICA: (2)

TIPO DE MOVIMIENTO: ALTA: A PROMOCION: P CAMBIO DE NIVEL: CN CONTRATO C (3)

II. DATOS DE LOS (LAS) PROPUESTOS (AS): (9)

NOMBRE:	MOVIMIENTO	PLAZA PROPUESTA	NIVEL	SUSTITUYE A:	TIPO DE PLAZA		VIGENCIA		
					B	C	D	P	T
(4)	(5)	(6)	(7)	(8)					
	(A, P,CN,C)								

V. FIRMA DE LA SOLICITUD

ELABORO — Vo. Bo.

(10) FIRMA DEL ÁREA ADMINISTRATIVA

(11) FIRMA DEL TITULAR

VI. FIRMA DE AUTORIZACION

(12)

(13)

AUTORIZACION			
FECHA			NUMERO
DIA	MES	AÑO	

NOTA. Las Altas serán efectivas hasta que el titular del Poder Ejecutivo las autorice y la Dirección de Administraciónde Personal 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 una Dependencia oEntidad no cuenta con la autorización correspondiente no deberá iniciar la relación laboral. La Dependencia o Entidad que incorpore a trabajadores sin autorización de la Secretaríade Administración e Innovación Gubernamental, será

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL
Poder Ejecutivo del Estado de Campeche
Subsecretaría de Administración
Dirección de Administración de Personal

PRESENTAR ORIGINAL Y COPIA

Formato DAP-01 A
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, mencionando las características y requisitos que deben reunir los candidatos. (Para dos o más propuestas)
Instrucciones Generales: Este formato será llenado a máquina o procesado en computadora y los datos no deberán invadir los límites de los recuadros. Asimismo, este formato deberá ser firmado por el Titular de la Dependencia o Entidad Pública y el Titular del Área Administrativa.
Elabora: Las Dependencias y las Entidades Públicas (Área Administrativa).
Destino: La Dirección de Administración de Personal.
Número de Copias: Dos copias.
Original: Dirección de Administración de Personal.
1a. copia: Área Administrativa de la Dependencia o Entidad Pública.
2a. copia: Área de trabajo solicitante.

Instrucciones de Llenado

Datos del Solicitante

1. **Entidad Pública:** El nombre de la Dependencia o Entidad Pública.
2. **Estructura Programática:** Se anotará la clave completa que consta de 30 dígitos.
3. **Tipo de Movimiento que deja la plaza vacante:** Marcar con una "X" el tipo de movimiento, si este es alta, promoción, cambio de nivel o contrato.

Datos del (la) Propuesto (a).

4. **Nombre:** Anotar los datos siguientes: anotar el apellido paterno y materno, así como el nombre del empleado.

Datos de la Plaza Vacante.

5. Movimiento: Tipo de movimiento solicitado.
6. **Plaza Propuesta:** El puesto del empleado a quién se sustituye.
7. **Nivel:** Del Puesto.
8. **Sustituir a:** El nombre completo de la última persona que ocupaba la plaza.
9. **Tipo de Plaza:** Marcar con una "X" el tipo de plaza, si este es de base o confianza y la

Vigencia si es: Definitiva, Provisional o Temporal.

Firma de Solicitud

10. **Firma del Área Administrativa:** La firma del Área Administrativa que elaboró la solicitud de autorización del movimiento.
11. **Firma del Titular:** La firma de Visto Bueno del Titular de la Dependencia que autoriza el movimiento.
12. **Firma de Autorización:** Requisitado por la Dirección de Administración de Personal.
13. **Autorización:** Requisitado por la Dirección de Administración de Personal.

Formato
Solicitud de Empleo

Anexo 16

PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE CAMPECHE

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 AÑOS NACIONAL.

VIVE CON
○ PADRES ○ FAMILIA ○ PARIENTES ○ SOLO

ESTATURA PESO KG.

PERSONAS QUE DEPENDEN DE USTED
____ HIJOS ____ CONYUGE ____ PADRES ____ OTROS

ESTADO CIVIL EXPLIQUE
○ SOLTERO ○ CASADO ○ OTRO_____

ESTADO DE SALUD Y HABITOS PERSONALES

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

¿CUALES SU META 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	SIENDO 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					
COMERCIAL O OTRAS					

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

(Hoja 1)

DOCUMENTACIÓN BÁSICA

IDIOMA QUE DOMINA

MAQUINA DE OFICINA QUE DOMINA

MAQUINA DE OFICINA QUE SEPA MANEJAR

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	INICIAL				
	FINAL				
MOTIVO DE SEPARACIÓN					
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	OCUPACIÓN	TIEMPO DE CONOCERLO

DATOS GENERALES

¿COMO SUPO USTED DE ESTE EMPLEO? ANUNCIO OTRO MEDIO	¿TIENE USTED OTRO INGRESO? IMPORTE MENS. NO SI (DESCRÍBALO)
¿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 (NOMBBRE 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

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL
Poder Ejecutivo del Estado de Campeche
Subsecretaría de Administración
Dirección de Administración de Personal

(Hoja 2)

Formato DAP-02
Calendario de Fechas Límites 2021

Anexo 17

PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE CAMPECHE
SECRETARIA DE ADMINISTRACION E INNOVACION GUBERNAMENTAL
DIRECCION DE ADMINISTRACION DE PERSONAL

ANEXO PARA COORDINADORES ADMINISTRATIVOS
CALENDARIO DE FECHAS LIMITES 2021

RECEPCION DE DOCUMENTOS		
	PERIODO EN EL QUE EL DEPTO. DE INCIDENCIAS RECIBE MOVIMIENTOS	PERIODO QUE APLICAN LOS MOVIMIENTOS ENTREGADOS
1	12/nov - 30/nov	1era. ENE
2	01/dic - 18/dic	2da. ENE
3	04/ene - 11/ene	1ra. FEB
4	13/ene - 27/ene	2da. FEB
5	28/ene - 11/feb	1ra. MAR
6	12/feb - 26/feb	2da. MAR
7	01/mar - 09/mar	1ra. ABRIL
8	10/mar - 25/mar	2da. ABRIL
9	26/mar - 08/abr	1ra. MAYO
10	13/abr - 23/abr	2da. MAYO
11	23/abr - 11/may	1ra. JUN
12	12/may - 25/may	2da. JUN
13	26/may - 08/jun	1ra. JUL
14	09/jun - 23/jun	2da. JUL
15	25/jun - 08/jul	1ra. AGO
16	09/jul - 20/jul	2da. AGO
17	23/jul - 09/ago	1ra. SEPT
18	11/ago - 25/ago	2da. SEPT
19	26/ago - 07/sep	1ra. OCT
20	08/sep - 23/sep	2da. OCT
21	24/sep - 07/oct	1ra. NOV
22	08/oct - 22/oct	2da. NOV
23	26/oct - 10/nov	1ra. DIC

FECHAS DE PAGO AL PERSONAL				
	QUINCENAS	ENTREGA DE NOMINAS	DIA DE PAGO AL PERSONAL	DEVOLUCION DE NOMINAS FIRMADAS
1	1ra. ENE	14-ene	15-ene	29-ene
2	2da. ENE	28-ene	29-ene	19-feb
3	1ra. FEB	11-feb	12-feb	05-mar
4	2da. FEB	25-feb	26-feb	19-mar
5	1ra. MAR	11-mar	12-mar	31-mar
6	2da. MAR	29-mar	30-mar	16-abr
7	1ra. ABRIL	14-abr	15-abr	07-may
8	2da. ABRIL	29-abr	30-abr	21-may
9	1ra. MAYO	13-may	14-may	04-jun
#	2da. MAYO	27-may	28-may	18-jun
#	1ra. JUN	14-jun	15-jun	02-jul
#	2da. JUN	29-jun	30-jun	16-jul
#	1ra. JUL	14-jul	15-jul	06-ago
#	2da. JUL	29-jul	30-jul	20-ago
#	1ra. AGO	12-ago	13-ago	03-sep
#	2da. AGO	27-ago	30-ago	17-sep
#	1ra. SEPT	14-sep	15-sep	01-oct
#	2da. SEPT	29-sep	30-sep	18-oct
#	1ra. OCT	14-oct	15-oct	05-nov
#	2da. OCT	28-oct	29-oct	19-nov
#	1ra. NOV	11-nov	12-nov	03-dic
#	2da. NOV	29-nov	30-nov	17-dic
#	1ra. DIC	14-dic	15-dic	31-dic

NOTAS:

1. LA ENTREGA DE MOVIMIENTOS DE PERSONAL DEBERA EFECTUARSE EN LA DIRECCION DE ADMINISTRACION DE PERSONAL EN EL PERIODO DE FECHAS ESTIPULADAS.
2. LA ENTREGA DE NOMINAS Y CHEQUES A LA UNIDADES ADMINISTRATIVAS SE REALIZARA EN LA DIRECCION DE ADMINISTRACION DE PERSONAL CONFORME A ESTE CALENDARIO.
3. ES RESPONSABILIDAD DEL COORDINADOR ADMINISTRATIVO DE CADA DEPENDENCIA Y ENTIDAD, VIGILAR QUE LA ENTREGA DE LA NOMINA DEBIDAMENTE FIRMADA SEA EN LA FECHA ESTABLECIDA.

Formato DAP-03
Movimientos de Personal

Anexo 18

PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE CAMPECHE

MOVIMIENTOS DE PERSONAL

FORMATO DAP-03
EDICION 21/08/2019

ING. GUSTAVO MANUEL ORTIZ GONZALEZ.
SECRETARIO DE ADMN. E INNOV. GUB.
P R E S E N T E

ALTA ☐ **BAJA** ☐ **REINGRESO** ☐

No. OFICIO: _____

TIPO DE NOMINA			
GENERAL	DESCENTRALIZADA	INTERINA	S P C

NO. DE MOVIMIENTO DAP

FECHA			NÚMERO
DIA	MES	AÑO	

ESTRUCTURA PROGRAMATICA:

DEPENDENCIA Y/O ORGANISMO _____

DIRECCION: _____

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** ☐

CLAVE ☐ ESPECIFIQUE: _____ RADICACION: _____

PUESTO: _____ NIVEL: _____

CARGO _____

CLAVE DEL PUESTO	PERCEPCION MENSUAL (1101)

SUSTITUYE A _____

A PARTIR DEL _____ AL _____

TIPO DE PLAZA: BASE ☐ CONFIANZA ☐

VIGENCIA: DEFINITIVA ☐ INTERINO ☐ CONTRATO ☐

TURNO LABORAL				
T.M.	T.V.	MIXTO	NOCTURNO	POR HORAS

05 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 _____

ELABORO	Vo. Bo.	AUTORIZO
COORDINADOR ADMINISTRATIVO	TITULAR DE LA DEPENDENCIA	DIRECTOR DE ADMINISTRACION DE PERSONAL

NOTA. Las Altas serán efectivas hasta que el titular del Poder Ejecutivo las autorice y la Dirección de Administración de Personal 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 una Dependencia o Entidad no cuenta con la autorización correspondiente no deberá iniciar la relación laboral. La Dependencia o Entidad que incorpore a trabajadores sin autorización de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental, será responsable de esa contratación por el tiempo no autorizado.

Original: EXPEDIENTE PERSONAL /C.c.p.: MINUTARIO GRAL. /C.c.p.: PROCESOS DE NOMINA /C.c.p. DEPENDENCIA.

(Hoja 1)

06 DATOS PERSONALES DEL EMPLEADO

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Calle No. Ext. Int. Estado Civil: _____

Sexo: _____

_____

Barrio o Colonia Código Postal

Escolaridad: _____ _____

Firma

Carrera o Disciplina _____

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 obliqación son los siquientes:

I. Declaración inicial, dentro de los sesenta días naturales siquientes 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 siquientes a la conclusión.

07 ANEXOS

COPIAS
1.-ORIGINAL DE LA CEDULA UNICA DE IDENTIFICACION DE PERSONAL.DAP-05
2.-ORIGINAL Y COPIA LEGIBLE DEL ACTA DE NACIMIENTO FORMATO ACTUAL
3.-UNA COPIA LEGIBLE DE LA CONSTANCIA DE SITUACIÓN FISCAL, CON ACTIVIDAD DE SUELDOS Y SALARIOS, CON RFC EXPEDIDO POR LA SHCP.
4.-UNA COPIAS LEGIBLES DE LA CLAVE UNICA DEL REG. DE POBLACION (CURP)
5.-UNA COPIA LEGIBLE DE LA ASIGNACION DEL NUM. DE SEG. SOC. EXP. POR EL IMSS
6.-UNA COPIA LEGIBLE DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR (FE, HOY INE)
7.-ORIGINAL DE LA CONSTANCIA DE NO INHABILITACION, EXP. POR LA CONTRALORIA
8.-CUATRO FOTOGRAFIAS RECIENTES TAMAÑO INFANTIL
9.-ORIGINAL DE CERTIFICADO DE SALUD
10.-COPIA LEGIBLE DE LA ULTIMA CONSTACIA DE ESTUDIOS Y EN CASO DEL PERSONAL MEDICO UNA COPIA LEGIBLE DE CEDULA PROFESIONAL, LICENCIATURA Y EN SU CASO DE ESPECIALIDAD
11.-ORIGINALO COPIA LEGIBLE DEL CURRICULUM VITAE
12.-COPIA DE LA CARTILLA DEL SERVICIO MILITAR NACIONAL LIBERADA
13.-ORIGINAL Y COPIA DE LA CARTA DE AUTORIZACION PAGO DE NOMINA VIA TARJETA DE DEBITO (ANEXAR COPIA DE CREDENCIAL DE ELECTOR)
14.-ORIGINAL Y COPIA DEL FORMATO "POLIZA DE SEG. DE VIDA" DEBIDAMENTE LLENADO POR EL TRABAJADOR Y SELLADO POR LA DEPENDENCIA U ORGANISMO"
15.-ORIGINAL DE LA CARTA COMPROMISO DE COMPATIBILIDAD DE EMPLEO
16.-ORIGINAL Y COPIA DE AVISO DE RESPONSIVA DE ACREDITACIÓN ANTE EL INFONAVIT Y DOS COPIAS LEGIBLES DEL AVISO PARA RETENCIÓN DE DESCUENTOS PARA EL PERSONAL DE NUEVO INGRESO QUE CUENTEN CON CRÉDITOS DE INFONAVIT
17.-UNA COPIA LEGIBLE DEL COMPROBANTE DOMICILIARIO CATASTRAL.
18.-AVISO-NOTIFICACION DE PRESENTACION DE DECLARACION PATRIMONIAL.
19.-CARTA DE AUTORIZACION DE APLICACIÓN DE SUBSIDIO.
20.-CERTIFICADO DEL CENTRO DE EVAL. Y CONTROL DE CONFIANZA DEL EDO. DE CAMP. (SOLO PARA EL PERSONAL DE SEG. PUB. Y PROCURACION DE JUSTICIA)
OTROS (Especificar)
_____
_____
NOTA:
*Entregar Originales

08 CLAVES DE IDENTIFICACION DE CAUSAS DE:

ALTAS Y BAJAS
EVENTUALES Y/O INTERINATOS
05 ENFERMEDAD GENERAL
06 ENFERMEDAD PROFESIONAL
07 MATERNIDAD
08 COMISION OFICIAL
09 TRAMITE DE JUBILACION
10 LICENCIA DE PERSONAL
11 OCUPAR CARGO ELECTORAL POPULAR
12 DICTAMEN DE INVALIDEZ TEMPORAL (IMSS)
13 RETARDOS ACUMULADOS
14 FALTAS INJUSTIFICADAS
15 VACACIONES
16 SUSPENSION TEMPORAL (CONFORME A LA LEY EN LA MATERIA)
DEFINITIVOS
17 VACANTE
18 PROMOCION EN PLAZA
19 RENUNCIA
20 DICTAMEN CESE
21 FALLECIMIENTO
22 JUBILACION
23 PENSION
24 TERMINACION DE CONTRATOS
25 ABANDONO DE EMPLEO
26 SENTENCIA EJECUTORIA
27 CAMBIO DE ADSCRIPCION
28 POR TERMINO DE ENCARGO (Solo Mandos Medios y Superiores designados por el Ejecutivo)
29 DICTAMEN DE INVALIDEZ (IMSS)

SECRETARÍA DE ADMINISTRACION E INNOVACION GUBERNAMENTAL
Poder Ejecutivo del Estado de Campeche
Subsecretaría de Administración
Dirección de Administración de Personal

(Hoja 2)

Formato DAP-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.

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

Descuentos
- Retardo.
- Falta Injustificada.
- Uso indebido de las Líneas Telefónicas del Gobierno.

Vacaciones

Licencias
- Sin goce de sueldo.
- General.

Instrucciones Generales: Este formato será llenado a máquina y los datos no deberán invadir los límites de los recuadros, se deberá utilizar un formato para cada tipo

de movimiento. Asimismo, deberá de ser firmado por el Titular del Área Administrativa, el Titular de la Dependencia o Entidad Pública, y el Director de Administración de Personal.

Elabora: Las Dependencias y las Entidades Públicas (Área Administrativa).
Destino: La Dirección de Administración de Personal.
Número de Copias: Tres copias.
Original: Expediente del servidor público.
1a. copia: Minutario del Departamento de Incidencias y Prestaciones.
2a. copia: Procesos de Nómina de la Dirección de Administración de Personal.
3a. copia: Área Administrativa de la Dependencia / Entidad Pública.

Instrucciones de Llenado

1. **C. :** El nombre del Secretario de Administración e Innovación Gubernamental.
2. Marcar con una "X" el **tipo de movimiento**; anotar el nombre del **tipo de nómina** a que corresponda el movimiento: General; Organismos, Seguridad Pública, Interinos, Educación y Salud**; No. Oficio:** La numeración otorgada por la Dependencia u Organismo Descentralizado
3. **Estructura Programática:** Se anotará la clave completa.
4. **Dependencia u Organismo.**
5. **Unidad Administrativa.**
6. **Fecha:** y el día, mes y año en que fue llenado el formato y **Autorización:** Se requisita por la Dirección de Administración de Personal.
7. **Datos del Personal:**
   Nombre: Anotar los datos siguientes: el nombre, apellido paterno y materno del empleado.
   RFC: La clave del Registro Federal de Contribuyentes a 12 o 13 posiciones.
   CURP: La clave única de registro de población, de acuerdo con su cédula de identificación fiscal.
   IMSS: Anotar su número de afiliación.
   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.
   Correo Electrónico: Dirección de E-mail personal.
8. **Datos del Movimiento:**
   Marque con una X el tipo de incidencia;
   Clave de Identificación de la causa. Anotar la clave de qué se trata (consultar hoja 2 del formato)

Especifique: Anotar la descripción de qué se trata (consultar hoja 2 del formato)
Radicación: El lugar donde se encuentra adscrito su centro de trabajo.
Puesto y Nivel: El nombre y nivel del puesto según denominación del catálogo de puestos.
Clave del Puesto: Las siglas del puesto (según denominación del catálogo de puestos).
Percepción Mensual: El monto del puesto de un mes.
Sustituye a: Llenar este apartado al tratarse de una plaza vacante o suplencia, con el nombre de empleado a quien se sustituye.
A partir del: Si se trata de una Plaza vacante. - fecha en que iniciará a laborar, si se trata de una suplencia. - anotar el periodo que abarca la suplencia.
Tipo de Plaza: Señalar con una "X" el tipo de plaza a ocupar.
Turno laboral: Marque con una "X" el turno correspondiente.

9. **Descuentos:** Llene este apartado si el movimiento es de descuento. Marque con una "X" el movimiento.
   Total de Días: El número de días a descontar.
   Retardos del (los) día (s): Anotar los días, mes y año de los retardos
   Faltas injustificadas del (los) día (s): El (los) día(s), mes y año de las faltas que no tienen justificación.
   Otros descuentos:
   Monto: La cantidad a descontar.
   Número de quincenas: Numero de quincenas a descontar.
10. **Observaciones:** Anotar las principales funciones que desempeñará y el área específica a la cual estará adscrito, señalando el Departamento de su adscripción.
11. **Firmas:** La firma de las autoridades superiores que autorizan el movimiento, incluyendo al Titular de la Dependencia.
12. **Datos Personales del Empleado:** Anotar los datos siguientes:
    Domicilio. El nombre de la calle, la colonia; el No. o letra exterior 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.
    Teléfono: El número telefónico de su domicilio.
    Estado Civil: Anotar su estado civil.
    Sexo: Anotar su género.
    Escolaridad: Anotar la profesión o el último grado de estudios.
    13. **Firma del Empleado:** La firma legible del trabajador que corrobora sus datos personales en los casos de os movimientos de altas, promociones, cambios de adscripción, interinos nuevos, debidamente requisitado.

Formato DAP-03 A
Movimientos de Personal de Educación

Anexo 19

PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE CAMPECHE

MOVIMIENTOS DE PERSONAL DE EDUCACION

Formato DAP-03A
EDICION 21/08/2019

ING. GUSTAVO MANUEL ORTIZ GONZALEZ.
SECRETARIA DE ADMÓN. E INNOV. GUB.
P R E S E N T E

ALTA ☐ **BAJA** ☐

No.OFICIO: _____

TIPO DE NOMINA		
GENERAL	HOMOLOGADA	MAESTROS

ESTRUCTURA PROGRAMATICA:

NO. DE MOVIMIENTO DAP

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:** ☐

NUMERO DE EMPLEADO ☐ **ISSSTE:** ☐

DATOS DEL MOVIMIENTO

01 ALTA ☐ **02 BAJA** ☐ **03 LICENCIA** ☐ **04 VACACIONES** ☐

CLAVE : ☐ ESPECIFIQUE: _____ RADICACION: _____

PUESTO: _____ NIVEL: _____

CLAVE DEL PUESTO	PERCEPCION MENSUAL (1101)

FUNIONES A DESEMPEÑAR: _____

SUSTITUYE A: _____ NIVEL: _____

A PARTIR DEL: ☐ AL: ☐

TIPO DE PLAZA:		VIGENCIA:			
DOCENTE	☐	DEFINITIVA	☐	NUMERO DE HORAS	☐
ADMINISTRATIVA	☐	EVENTUAL	☐	NUMERO DE HORAS	☐
APOYO	☐	INTERINO	☐	NUMERO DE HORAS	☐

05 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 RECEC. HUM. EST.	DIRECTOR DE EDUCACION BASICA	SUBSECRETARIO DE SERVS. ADMINISTRATIVOS

Vo.Bo. AUTORIZO

SECRETARIO DE EDUCACION DIRECTOR DE ADMINISTRACION DE PERSONAL

NOTA. Las Altas serán efectivas hasta que el titular del Poder Ejecutivo las autorice y la Dirección de Administración de Personal 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 una Dependencia o Entidad no cuenta con la autorización correspondiente no deberá iniciar la relación laboral. La Dependencia o Entidad que incorpore a trabajadores sin autorización de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental, será responsable de esa contratación por el tiempo no autorizado.

Original:EXPEDIENTE PERSONAL /C.c.p.:MINUTARIO GRAL. /C.c.p.:PROCESOS DE NOMINA /C.c.p.:DEPENDENCIA.

(Hoja 1)

. **06 DATOS PERSONALES DEL EMPLEADO**

Domicilio: _____
Calle No. Ext. Int.
_____
Barrio o Colonia Código Postal

Escolaridad: _____

Teléfono: _____
Estado Civil: _____
Sexo: _____

_____
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

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

07 ANEXOS

COPIAS
1.- ORIGINAL DE LA CEDULA UNICA DE IDENTIFICACION DE PERSONAL. DAP-05
2.- ORIGINAL Y COPIA LEGIBLE DEL ACTA DE NACIMIENTO FORMATO ACTUAL
3.- UNA COPIA LEGIBLE DE LA CONSTANCIA DE SITUACION FISCAL, CON ACTIVIDAD DE SUELDOS Y SALARIOS. CON RFC EXPEDIDO POR LA S.H.C.P.
4.- UNA COPIAS LEGIBLES DE LA CLAVE UNICA DEL REG. DE POBLACION (CURP)
5.- UNA COPIA LEGIBLE DE LA ASIGNACION DEL NUM. DE SEG. SOC. EXP. POR EL IMSS
6.- UNA COPIA LEGIBLE DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR (IFE, HOY INE)
7.- ORIGINAL DE LA CONSTANCIA DE NO INHABILITACION, EXP. POR LA CONTRALORIA
8.- CUATRO FOTOGRAFIAS RECIENTES TAMAÑO INFANTIL
9.- ORIGINAL DE CERTIFICADO DE SALUD
10.- COPIA LEGIBLE DE LA ULTIMA CONSTACIA DE ESTUDIOS Y EN CASO DEL PERSONAL MEDICO UNA COPIA LEGIBLE DE CEDULA PROFESIONAL, LICENCIATURA Y EN SU CASO DE
11.- ORIGINAL O COPIA LEGIBLE DEL CURRICULUM VITAE
12.- COPIA DE LA CARTILLA DEL SERVICIO MILITAR NACIONAL LIBERADA
13.- ORIGINAL Y COPIA DE LA CARTA DE AUTORIZACION PAGO DE NOMINA VIA TARJETA DE DEBITO (ANEXAR COPIA DE CREDENCIAL DE ELECTOR)
14.- ORIGINAL Y COPIA DEL FORMATO "POLIZA DE SEG. DE VIDA" DEBIDAMENTE LLENADO POR EL TRABAJADOR Y SELLADO POR LA DEPENDENCIA U ORGANISMO"
15.- ORIGINAL DE LA CARTA COMPROMISO DE COMPATIBILIDAD DE EMPLEO
16.- ORIGINAL Y COPIA DE AVISO DE RESPONSIVA DE ACREDITACIÓN ANTE EL INFONAVIT Y DOS COPIAS LEGIBLES DEL AVISO PARA RETENCIÓN DE DESCUENTOS PARA EL PERSONAL DE NUEVO INGRESO QUE CUENTEN CON CRÉDITOS DE INFONAVIT
17.- UNA COPIA LEGIBLE DEL COMPROBANTE DOMICILIARIO CATASTRAL.
18.- AVISO-NOTIFICACION DE PRESENTACION DE DECLARACION PATRIMONIAL.
19.- CARTA DE AUTORIZACION DE APLICACIÓN DE SUBSIDIO.
20.- CERTIFICADO DEL CENTRO DE EVAL. Y CONTROL DE CONFIANZA DEL EDO. DE CAMP. (SOLO PARA EL PERSONAL DE SEG. PUB. Y PROCURACION DE JUSTICIA)
OTROS (Especificar)
_____
_____
NOTA:
* Entregar Originales

08 CLAVES DE IDENTIFICACION DE CAUSAS DE:

ALTAS Y BAJAS
EVENTUALES Y/O INTERINATOS
05 ENFERMEDAD GENERAL
06 ENFERMEDAD PROFESIONAL
07 MATERNIDAD
08 COMISION OFICIAL
09 TRAMITE DE JUBILACION
10 LICENCIA DE PERSONAL
11 OCUPAR CARGO ELECTORAL POPULAR
12 DICTAMEN DE INVALIDEZ TEMPORAL (IMSS)
13 RETARDOS ACUMULADOS
14 FALTAS INJUSTIFICADAS
15 VACACIONES
16 SUSPENSION TEMPORAL (CONFORME A LA LEY EN LA MATERIA)
DEFINITIVOS
17 VACANTE
18 PROMOCION EN PLAZA
19 RENUNCIA
20 DICTAMEN CESE
21 FALLECIMIENTO
22 JUBILACION
23 PENSION
24 TERMINACION DE CONTRATOS
25 ABANDONO DE EMPLEO
26 SENTENCIA EJECUTORIA
27 CAMBIO DE ADSCRIPCION
28 POR TERMINO DE ENCARGO (Solo Mandos Medios y Superiores designados por el Ejecutivo)
29 DICTAMEN DE INVALIDEZ (IMSS)

SECRETARÍA DE ADMINISTRACION E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL
Poder Ejecutivo del Estado de Campeche
Subsecretaría de Administración
Dirección de Administración de Personal

(Hoja 2)

Formato DAP-03A
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.

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

Descuentos
- Retardos.
- Falta Injustificada.
- Uso Indebido de las Líneas Telefónicas del Gobierno.

cale

Licencias
- Con goce de sueldo.
- Sin goce de sueldo.
- General.

Instrucciones Generales: Este formato será llenado a máquina y los datos no deberán invadir los límites de los recuadros, se deberá utilizar un formato para cada tipo de movimiento. Asimismo, deberá de ser firmado por el Titular del Área Administrativa, el Titular de la SEDUC, y el Director de Administración de Personal.

Elabora: La Secretaría de Educación.
Destino: La Dirección de Administración de Personal.
Número de copias: Tres
Original: Expediente del servidor público

1a. copia: Minutario del Departamento de Incidencias y Prestaciones.

2a. copia: Procesos de Nómina de la Dirección de Administración de Personal.
3a. copia: Área Administrativa de la SEDUC.

Instrucciones de Llenado

1. **C:** El nombre del Secretario de Administración e Innovación Gubernamental.
2. Marcar con una "X" el **tipo de movimiento**; anotar el nombre del **tipo de nómina** a que corresponda el movimiento: General, Homologada, Maestros**; No. Oficio:** La numeración otorgada por la Dependencia u Organismo Descentralizado
3. **Estructura Programática:** Se anotará la clave completa.
4. **Nombre de la Escuela;**
5. **Número de Zona Escolar;**
6. **Clave del Centro de Trabajo;**
7. **Fecha:** y el día, mes y año en que fue llenado el formato y **Autorización:** Se requisita por la Dirección de Administración de Personal.
8. **Datos del Personal:**
   Nombre: Anotar los datos siguientes: el nombre, apellido paterno y materno del empleado.
   RFC: La clave del Registro Federal de Contribuyentes a 12 o 13 posiciones.
   CURP: La clave única de registro de población, de acuerdo con su cédula de identificación fiscal.
   IMSS: Anotar su número de afiliación.
   ISSSTE: Anotar su número de afiliación.
   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.
   Correo Electrónico: Dirección de E-mail personal.
9. **Datos del Movimiento:**
   Marque con una X el tipo de incidencia;
   Clave de Identificación de la causa. Anotar la clave de qué se trata (consultar hoja 2 del formato)
   Especifique: Anotar la descripción de qué se trata (consultar hoja 2 del formato)
   Radicación: El lugar donde se encuentra adscrito su centro de trabajo
   Puesto y Nivel: El nombre y nivel del puesto según denominación del catálogo de puestos.
   Clave del Puesto: Las siglas del puesto (según denominación del catálogo de puestos).
   Percepción Mensual: El monto del puesto de un mes.
   Funciones a Desempeñar;

Sustituye a: Llenar este apartado al tratarse de una plaza vacante o suplencia, con el nombre de empleado a quien se sustituye.
A partir del: Si se trata de una Plaza vacante. - fecha en que iniciará a laborar, si se trata de una suplencia. - anotar el periodo que abarca la suplencia.
Tipo de Plaza Docente: Señalar con una "X" el tipo de plaza a ocupar.
Número de Horas: Especifique el número de horas.

10. **Descuentos:** Llene este apartado si el movimiento es de descuento. Marque con una "X" el movimiento.
    Total de Días: El número de días a descontar.
    Retardos del (los) día (s): Anotar los días, mes y año de los retardos
    Faltas injustificadas del (los) día (s): El (los) día(s), mes y año de las faltas que no tienen justificación.
    Otros descuentos: especificar.
    Monto: La cantidad a descontar.
    Número de quincenas: Numero de quincenas a descontar.
11. **Observaciones:** Anotar las principales funciones que desempeñará y el área específica a la cual estará adscrito, señalando el Departamento de su adscripción.

12.|**Firmas:** La firma de las autoridades superiores que autorizan el movimiento, incluyendo al Titular de la Dependencia.

13. **Datos Personales del Empleado:** Anotar los datos siguientes:
    Domicilio: El nombre de la calle, la colonia; el No. o letra exterior 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.
    Teléfono: El número telefónico de su domicilio.
    Estado Civil: Anotar su estado civil.
    Sexo. Anotar su género.
    Escolaridad: Anotar la profesión o el último grado de estudios.
14. **Firma del Empleado:** La firma legible del trabajador que corrobora sus datos personales en los casos de os movimientos de altas, promociones, cambios de adscripción, interinos nuevos, debidamente requisitados.

Lista de Cotejo de Requisitos para el Alta del Personal de nuevo ingreso

Anexo 20

EDICIÓN 21/08/2019

LISTA DE COTEJO DE REQUISITOS PARA EL ALTA DEL PERSONAL DE NUEVO INGRESO. Dependencia: _____ Nombre del Interesado: _____.		
1.	ORIGINAL DEL FORMATO CÉDULA ÚNICA DE IDENTIFICACIÓN DE PERSONAL. **DAP-05 (ANEXO 22)**	
2.	ORIGINAL DEL ACTA DE NACIMIENTO EN FORMATO ACTUAL.	
3.	UNA COPIA LEGIBLE DE LA CONSTANCIA DE SITUACIÓN 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 POBLACIÓN. (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, ANTES IFE).	
7.	ORIGINAL DE LA "CONSTANCIA DE NO INHABILITACIÓN PARA EL EMPLEO" EXPEDIDA POR LA SECRETARIA DE CONTRALORÍA.	
8.	CUATRO FOTOGRAFÍAS RECIENTES TAMAÑO INFANTIL.	
9.	ORIGINAL DEL CERTIFICADO DE SALUD.	
10.	COPIA LEGIBLE DE LA ÚLTIMA CONSTANCIA DE ESTUDIOS Y EN CASO DEL PERSONAL MEDICO 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.	COPIA LEGIBLE DE LA CARTILLA DEL SERVICIO MILITAR NACIONAL LIBERADA.	
13.	ORIGINAL Y COPIA DEL FORMATO CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA PAGO DE NOMINA VÍA TARJETA DE DEBITO (**ANEXAR COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR**) **DAP-06 (ANEXO 23).**	
14.	ORIGINAL Y COPIA DEL FORMATO DE LA "PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA" DEBIDAMENTE LLENADO POR EL TRABAJADOR Y SELLADO POR LA DEPENDENCIA U ORGANISMO. **(ANEXO 24)**	
15.	ORIGINAL DEL FORMATO CARTA COMPROMISO DE COMPATIBILIDAD DE EMPLEO. **DAP-07 (ANEXO 25)**.	
16.	ORIGINAL Y COPIA DEL FORMATO AVISO DE RESPONSIVA DE ACREDITACIÓN ANTE EL INFONAVIT Y DOS COPIAS LEGIBLES DEL AVISO PARA RETENCIÓN DE DESCUENTOS PARA EL PERSONAL DE NUEVO INGRESO QUE CUENTE CON CRÉDITO DE INFONAVIT.**DAP-08 (ANEXO 26 Y 27)**	
17.	UNA COPIA LEGIBLE DEL COMPROBANTE DOMICILIARIO CATASTRAL	
18.	AVISO-NOTIFICACIÓN DEL FORMATO PRESENTACIÓN DE DECLARACIÓN PATRIMONIAL. (**ANEXO 21)**	
19.	ORIGINAL Y COPIA DEL FORMATO SOLICITUD DE APLICACIÓN DEL SUBSIDIO PARA EL EMPLEO.**DAP-24 (ANEXO 49)**.	
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**).	

Aviso-Notificación de Presentación de Declaración Patrimonial

Anexo 21

PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE 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)**	
Area 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 DAP-05

Anexo 22

Cédula Única de Identificación de Personal

PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE CAMPECHE

Formato DAP- 05
EDICIÓN 21/08/2019

CEDÚLA ÚNICA DE IDENTIFICACIÓN DE PERSONAL

FOTOGRAFÍA RECIENTE

FECHA: _____ _____ _____
DÍA MES AÑO

NUMERO DE EMPLEADO: _____

DATOS PERSONALES

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

LUGAR DE NACIMIENTO MUNICIPIO ESTADO AÑO MES DÍA EDAD

ESTADO CIVIL SEXO (M / F) NACIONALIDAD NUMERO DE AFILIACIÓN AL IMSS

R.F.C. CURP

DOMICILIO ACTUAL: CALLE NO. EXTERIOR NO. INTERIOR

FRACCIONAMIENTO / COLONIA POBLADO MUNICIPIO ESTADO

CÓDIGO POSTAL TELÉFONO PARTICULAR TELÉFONO OFICIAL 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 SEPRACIÓN

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 CÓNYEGE: SI ☐ NO ☐ ¿DÓNDE? _____

La Dirección de Administración de Personal es la responsable de la Cédula Única de Identificación de Personal y el departamento donde podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, así como la revocación del consentimiento es en el Departamento de Archivo situado en calle 8 N° 325, entre calle 63 y 6, Edificio Lavalle, (Primer piso).

En término de lo señalado en los articulos 1, 2, 3 fracc. XXX, 4, 5, 7, 13, 15, 16, 19, 20, 25, 31, 34, 37, 48 y 65 de la Ley de Proteccion de datos personales en posesion de sujetos obligados del Estado de Campeche, expedida por decreto 198. P. O. 26 de Julio de 2017 se le informa que sus datos no podran ser difundidos sin su consentimiento expreso, salvo las excepciones previstas en la Ley.

_____

FIRMA DEL TRABAJADOR

SI AUTORIZO ☐ NO AUTORIZO ☐

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL
Poder Ejecutivo del Estado de Campeche
Subsecretaría de Administración
Dirección de Administración de Personal

(Hoja 2)

Formato DAP-06
Carta de Autorización para Pago de Nómina
Vía Tarjeta de Débito

Anexo 23

Formato DAP-06

CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA EL PAGO DE NÓMINA
VIA TARJETA DE DÉBITO

INSTITUCIÓN BANCARIA				
☐ BANAMEX	☐ BANORTE	☐ SANTANDER	☐ BANCOMER	☐ HSBC

C.

Presente:

Por este medio, doy mi autorización para que se abra una cuenta y el importe neto de mi sueldo, me sea cubierto mediante un depósito bancario, por lo que se me otorgará una tarjeta electromagnética para realizar los cobros de mis percepciones quincenales. El talón en el que se desglosan mis percepciones y deducciones, me será entregado al momento de firmar la nómina.

Para lo anterior le comunico lo siguiente:

DATOS LABORALES:

NOMBRE COMPLETO:			
DEPENDENCIA :		**R A M O :**	
No. DE EMPLEADO:		**C. U. R. P. :**	
FECHA DE INGRESO:		**R. F. C. :**	
AFILIACIÓN DEL I.M.S.S.		**FECHA NACIMIENTO:**	
LUGAR DE NACIMIENTO:		**NACIONALIDAD:**	
SEXO:		**ESTADO CIVIL:**	
PUESTO ACTUAL:		**DELEGACIÓN:**	

DOMICILIO ACTUAL:

CALLE Y NÚMERO:			
COLONIA:			
CIUDAD O POBLACIÓN :			
MUNICIPIO Y ESTADO :			
CÓDIGO POSTAL :			
TELÉFONO PARTICULAR :		**TELÉFONO OFICINA :**	

BENEFICIARIOS:

NOMBRE COMPLETO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	PARENTESCO	PORCENTAJE

NOTA: ANEXAR FOTOCOPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR

San Francisco de Campeche, Cam., a _____de _____de _____

_____
FIRMA DE CONFORMIDAD

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL
Poder Ejecutivo del Estado de Campeche
Subsecretaría de Administración
Dirección de Administración de Personal

Póliza de Seguro de Vida

Anexo 24

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

ZURICH

No. Póliza 12000-3330-0

Certificado

Datos del Contratante

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ISS871007TM3
10, No. SIN NUMERO ENTRE 63 Y 65, Int.

CENTRO
CAMPECHE, 24000

Datos de la Póliza

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 DAP 07
Carta Compromiso de Compatibilidad de Empleo

Anexo 25

PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE CAMPECHE

FORMATO DAP-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 3º 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 articulo 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 Gobierno del Estado de Campeche.

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

Nombre y Firma de conformidad del Trabajador

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

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL
Poder Ejecutivo del Estado de Campeche
Subsecretaría de Administración
Dirección de Administración de Personal

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

Anexo 26

Formato DAP-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 .

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL
Poder Ejecutivo del Estado de Campeche
Subsecretaría de Administración
Dirección de Administración de Personal

Aviso para Retención de Descuentos

Anexo 27

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 la 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 2008, 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 señalan 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 AFI-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 al trabajador a que se refiere el mismo no guarde 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 éste 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	

A T E N T A M E N T E

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.02-2016/GSRyCF

Formato DAP-09
Solicitud de Pagos Pendientes

Anexo 28

PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE CAMPECHE

"SOLICITUD DE PAGOS PENDIENTES"

Formato DAP-09
EDICION 21/08/2019

OFICIO No. _____
FECHA: _____

C. **ING. GUSTAVO ORTIZ GONZALEZ** **RAMO Y UNIDAD PRESUPUESTAL** _____ **DEPENDENCIA** _____
SECRETARIO DE ADMINISTRACION E INNOV. GUBERNAMENTAL
P R E S E N T E

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

ESTRUCTURA PROGRAMATICA	NUMERO DEL EMPLEADO	NOMBRE	NIVEL	CONCEPTO

ELABORO — Vo. Bo. — AUTORIZO

COORDINADOR ADMINISTRATIVO — TITULAR DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD — DIRECTOR DE ADMINISTRACION DE PERSONAL

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

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL
Poder Ejecutivo del Estado de Campeche
Subsecretaría de Administración
Dirección de Administración de Personal

Formato DAP-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 cambio de nivel del empleado y el pago de tiempo extraordinario.
Instrucciones Generales: Este formato será llenado a máquina y los datos no deberán invadir los límites de los recuadros, se deberá utilizar un formato para cada tipo de movimiento, asimismo deberá de ser firmado por el titular del Área Administrativa de la Dependencia o Entidad Pública y el Director de Administración de Personal.

El importe será designado por la Dirección de Administración de Personal (Departamento de Incidencias y Prestaciones).
Elabora: Las Dependencias y las Entidades Públicas (área administrativa).
Destino: La Dirección de Administración de Personal.
Número de Copias: Dos copias.
Original: Expediente del servidor público.
1a. copia: Minutario del Departamento de Incidencias y Prestaciones.
2a. copia: Área administrativa de la Dependencia u Organismo Descentralizado.

Instrucciones de Llenado

1. **Oficio:** La numeración otorgada por la Dependencia o Entidad Pública.
2. **Fecha:** El día, mes y año en que fue llenado el formato.
3. **C.** El nombre del Secretario de Administración e Innovación Gubernamental.
4. **Dependencia:** El nombre del centro de trabajo (Dependencia o Entidad Pública).
5. **Estructura Programática:** Se anotará la clave completa que consta de 30 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 de los empleados.

8. **Nivel:** Deberá anotar el nivel de puesto según el Catálogo de Puestos del Poder Ejecutivo.
9. **Firma del Coordinador Administrativo:** Deberá firmar el Coordinador Administrativo.
10. **Concepto:** Definir el motivo del pago:
    - Pagos por conceptos de altas temporales, debiendo anotar el número de días trabajados por cada clave de puesto en forma quincenal.

    - Cambio de Nivel, especificando de que nivel a que nivel y la fecha del cambio. (Este tipo de pagos se realizará solamente cuando se encuentre autorizado por el Ejecutivo del Estado y sea notificado por la Dirección de Administración de Personal, para su aplicación conforme al Calendario de Fechas Límite para el 2021).

    - Tiempo Extraordinario (De conformidad con el artículo 25 de la Ley de los Trabajadores al Servicio del Gobierno del Estado de Campeche el tiempo extraordinario nunca podrá exceder de tres horas diarias ni exigirse por más de tres veces consecutivas). Por lo anterior deberá anotar el número de horas y la fecha de las mismas.

11. **Firmas:** La firma de las autoridades superiores que autorizan, incluyendo al Titular de la Dependencia.

Formato DAP-09 A
Solicitud de Pagos por Suplencia

Anexo 29

"SOLICITUD DE PAGOS POR SUPLENCIA"

Formato DAP-09 A
EDICION 21/08/2019

OFICIO No. _____
FECHA: _____

C. **ING. GUSTAVO ORTIZ GONZALEZ** **RAMO Y UNIDAD PRESUPUESTAL** _____ **DEPENDENCIA** _____
SECRETARIO DE ADMINISTRACION E INNOV. GUBERNAMENTAL
P R E S E N T E

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

ESTRUCTURA PROGRAMATICA	NUMERO DEL EMPLEADO	NOMBRE	NIVEL	CONCEPTO

ELABORO — Vo. Bo. — AUTORIZO

COORDINADOR ADMINISTRATIVO — TITULAR DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD — DIRECTOR DE ADMINISTRACION DE PERSONAL

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

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL
Poder Ejecutivo del Estado de Campeche
Subsecretaría de Administración
Dirección de Administración de Personal

Formato DAP-09 A
Solicitud de Pagos de Suplencias

Instructivo de Llenado

Nombre de la Forma: Formato "Solicitud de Pagos de Suplencias".
Objeto de la Forma: Gestionar los movimientos de personal motivados por suplencias según el numeral 3.1.3.1.3 de este manual.
Instrucciones Generales: Este formato será llenado a máquina y los datos no deberán invadir los límites de los recuadros, se deberá utilizar un formato quincenal por suplente, asimismo deberá de ser firmado por el titular del Área Administrativa de la Dependencia o Entidad Pública y el Director de Administración de Personal.

El importe será designado por la Dirección de Administración de Personal (Departamento de Incidencias y Prestaciones).
Elabora: Las Dependencias y las Entidades Públicas (área administrativa)
Destino: La Dirección de Administración de Personal.
Número de Copias: dos copias.
Original: Expediente del servidor público.
1a. copia: Minutario del Departamento de Incidencias y Prestaciones.
2a. copia: Área administrativa de la Dependencia u Organismo Descentralizado.

Instrucciones de Llenado

1. **Oficio:** La numeración otorgada por la Dependencia o Entidad Pública.
2. **Fecha:** El día, mes y año en que fue llenado el formato.
3. **Dependencia:** El nombre del centro de trabajo (Dependencia o Entidad Pública).
4. **C.** El nombre del Director de Administración de Personal.
5. **Estructura Programática:** Se anotará la clave completa que consta de 42 dígitos alfanuméricos.
6. **Número del personal suplente:** El número de control único e interpersonal que corresponde al personal suplente para efecto de nómina y de control de personal. El número que le corresponde al suplente según nómina.
7. **Nombre:** El nombre (s), apellido paterno y apellido materno del personal suplente.
8. **Nivel:** Deberá anotar el nivel de puesto que se suple según el Catálogo de Puestos del Poder Ejecutivo.

9. **Puesto**: Deberá anotar el nombre del puesto que se suple según el Catálogo de Puestos del Poder Ejecutivo.
10. **Sueldo**: Será asignado por la Dirección de Administración de Personal según el tabulador de sueldos vigente.
11. **Suple A:** Se anotará el Nombre de la persona a quien se suple.
12. **Concepto:** Definir el motivo del pago:
    - Pagos por conceptos de altas temporales, debiendo anotar el número de días trabajados por cada clave de puesto en forma quincenal.
13. **Firmas:** La firma de las autoridades superiores que autorizan, incluyendo al Titular de la Dependencia.

Formato DAP-10
Solicitud de Pensión y Jubilación

Anexo 30

PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE CAMPECHE

Formato DAP-10

FECHA DE ELABORACIÓN: DIA MES AÑO

SOLICITUD NÚMERO:

ACT. DIANA EUGENIA LARA GAMBOA
DIRECTORA 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, LA DOCUMENTACIÓN RELATIVA A LA PENSIÓN POR:

NOMBRE (S) APELLIDO (S)

PUESTO VIGENTE O ÚLTIMO SUELDO MENSUAL

RAMO	UNIDAD PRESUP.

DEPENDENCIA O ENTIDAD

FECHA PROBABLE DE LA BAJA CORREO ELECTRÓNICO:

DOMICILIO TELÉFONO

CALLE NUM. COLONIA

ESTADO CIVIL: SOLTERO (A) _____ DIVORCIADO (A)_____

UNIÓN LIBRE _____ CASADO (A) _____ VIUDO (A) _____

DEPENDIENTES ECONÓMICOS:

NOMBRE: APELLIDOS: OCUPACIÓN:

Vo. Bo.

FIRMA DEL SOLICITANTE

ORIGINAL.- ISSSTECAM
C.c.p.- Expediente.
C.c.p.- Minutario.
C.c.p.- Interesado

AUTORIZÓ:
LIC. REBECA CONCEPCIÓN GORIÁN MALDONADO
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL
Dirección de Administración de Personal
Calle 8 Núm. 325. entre 63 y 65 , Col. Centro C.P. 24000
San Francisco de Campeche, Campeche, Tel. (981) 811 92 00 Ext. 33355

Formato DAP-11
Solicitud para Periodo de Lactancia

Anexo 31

FORMATO DAP-11

SOLICITUD PARA PERIODO DE LACTANCIA

EDICION 21/08/2019

San Francisco de Campeche, Cam., a ____ **de** _____ **de** _____

C.

P R E S E N T E .

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.

A t e n t a m e n t e

C._____

(Nombre y Firma)

C.c.p.- Coordinador Administrativo de la Dependencia o Entidad

C.c.p.- La Dirección de Administración de Personal de la SAIG.

C.c.p.- Interesada.

Nota: Este es un modelo sugerido que deberá adecuarse según sea el planteamiento y las necesidades del servicio de la Dependencia o Entidad.

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL
Poder Ejecutivo del Estado de Campeche
Subsecretaría de Administración
Dirección de Administración de Personal

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

Anexo 32

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

IMSS

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

DATOS DEL PATRON PARA VERIFICACION Y CERTIFICACION DE VIGENCIA DE DERECHOS

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 | INTOXICACION 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 del 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 de la directora, Lic. Rebeca Concepción Gorián Maldonado.**

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

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

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

<u>El Coordinador Administrativo deberá enviar oficio con tarjeta informativa para requisitar los numerales siguientes:</u>

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.

15).- 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.**

<u>NUMERALES QUE NO SE REQUISITAN</u>

16).- Matrícula del Trabajador.

17).- 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.

Formato ST-2
Dictamen de Alta por Riesgo de Trabajo

Anexo 33

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
12) NOMBRE DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN | MATRICULA
FIRMA DEL MEDICO

SERVICIO DE SALUD EN EL TRABAJO

ST-2/97

Formato ST-3
Dictamen de Incapacidad Permanente o de Defunción por Riesgo de Trabajo

Anexo 34

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

1) FOLIO NO.

ST-3

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

CARACTER 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 EXPOSICION AL (LOS) AGENTE (S) CONTAMINANTE (S) Y ALTERACIONES PRODUCIDAS

29) 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

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

30) FRACCION (ES) DE LA TABLA DE VALUACION 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
390) 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): CAMACHO REYES FROILAN			2) NUMERO DE AFILIACION: 81945400513
3) C.U.R.P.: CARF540205TUP6S8D1	SEXO: MASCULINO	IDENTIFICACION OFICIAL: CREDENCIAL PARA VOTAR	0091014359435
4) MATRICULA	5) UNIDAD DE ADSCRIPCION LABORAL	OCUPACION: CONDUCTORES DE AUTOMOVILES, TAXIS Y CAMIONETAS	TELEFONO: 9811037679
6) DOMICILIO, CALLE Y NUMERO: CALLE 4 DE JUNIO NO. 82		C.P.: 24099	ESTADO: CAMPECHE
CIUDAD: SAN FRANCISCO DE CAMPECHE			

DATOS DELPATRON O DE LA EMPRESA

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

DICTAMEN: INICIAL

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

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
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
		LUIS MIGUEL ARISPE CASTILLO 4163478

(Hoja 3)

Formato ST-4
Dictamen de Invalidez

Anexo 35

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 RAZON 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
	29) ANTECEDENTES LABORALES, AGENTES A LOS QUE ESTUVO EXPUESTO Y REQUERIMIENTOS DE SUS PUESTOS DE TRABAJO ANTERIORES
ESTUDIO LABORAL (PERFIL DEL PUESTO)	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 CARÁCTER DE LA INVALIDEZ

TEMPORAL ☐ FECHA DE REVALORACION DIA | MES | AÑO DEFINITIVO ☐

(Hoja 2)

Primer Periodo Vacacional 2021

Anexo 36

PRIMER PERIODO VACACIONAL 2021

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

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL
Poder Ejecutivo del Estado de Campeche
Subsecretaría de Administración
Dirección de Administración de Personal
Subdirección de Control de Personal

Formato DAP-13
Autorización para Laborar Horas Extraordinarias

Anexo 37

PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE CAMPECHE

Formato DAP-13
EDICION 21/08/2019

AUTORIZACIÓN PARA LABORAR HORAS EXTRAORDINARIAS

SE AUTORIZA AL C. :		NO. DE EMPLEADO
DE LA DEPENDENCIA:	UNIDAD:	
A TRABAJAR LOS DIAS:	COMENZANDO A LAS:	NÚMERO DE HORAS EXTRAS
NO SE AUTORIZA EL PAGO DEL TIEMPO EXTRA, SI ESTE FORMATO NO ES ENTREGADO A LA DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL		

TRABAJO A REALIZAR

NUMERO	OPERATIVO	ADMINISTRATIVO	OTROS

CAUSAS POR LAS QUE PROLONGA LA JORNADA ORDINARIA:

SOLICITADO POR: **Nombre y Cargo**	AUTORIZADO POR: **Nombre y Cargo**	FECHA

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL
Poder Ejecutivo del Estado de Campeche
Subsecretaría de Administración
Dirección de Administración de Personal

Formato DAP-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 la dependencia o entidad pública y autorizado por el titular de la dependencia o entidad pública.

Elabora: El jefe de la Unidad Administrativa.
Destino: La Dirección de Administración de Personal.
Número de copias: dos copias.
Original: Dirección de Administración de Personal.
1a. copia: Coordinación Administrativa de la Dependencia o Entidad.
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 la Dependencia:** El nombre del centro de trabajo (dependencia o entidad pública).
4. **Unidad Administrativa ó Área de Trabajo:** El nombre del área administrativa en que el servidor público labora según el Reglamento Interior de cada Dependencia o Entidad.
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 la Dependencia o Entidad o el servidor público facultado para ello en quien se delegue dicha facultad.
14. **Fecha:** El día, mes y año de su llenado.

Formato DAP-14
Reporte de Horas Extras

Anexo 38

PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE CAMPECHE

REPORTE DE HORAS EXTRAS
CORRESPONDIENTE AL MES

Formato DAP-14
EDICION 21/08/2019

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	
DEPENDENCIA	
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
NOMBRE Y FIRMA CARGO	NOMBRE Y FIRMA CARGO	NOMBRE Y FIRMA CARGO

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL
Poder Ejecutivo del Estado de Campeche
Subsecretaría de Administración
Dirección de Administración de Personal

Formato DAP-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 la dependencia o entidad pública, el personal que realiza la hora extraordinaria como parte interesada y personal responsable del registro de asistencia al trabajo de la dependencia o entidad pública.

Elabora: El Coordinador Administrativo.
Destino: La Dirección de Administración de Personal.
Número de copias: dos copias.
Original: Dirección de Administración de Personal.
1a. copia: Coordinación Administrativa de la Dependencia o Entidad.
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. **Dependencia:** El nombre del centro de trabajo (dependencia o entidad pública).
6. **Unidad Administrativa ó Área de Trabajo:** El nombre del área administrativa en que el servidor público labora según el Reglamento Interior de cada Dependencia o Entidad.

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 la Dependencia o Entidad.

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

Anexo 39

PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE CAMPECHE

Formato DAP-15

"SOLICITUD DE PAGOS DE HORAS EXTRAS"

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

ÁREA SOLICITANTE **Vo. Bo. DEL TITULAR** **AUTORIZÓ**

(NOMBRE, CARGO Y FIRMA)

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: DEPENDENCIA

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL
Poder Ejecutivo del Estado de Campeche
Subsecretaría de Administración
Dirección de Administración de Personal

Formato DAP-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 la dependencia o entidad pública, el titular de la dependencia o entidad pública, director de Administración de Personal de la Secretaría de Administración.

Elabora: El área solicitante.
Destino: La Dirección de Administración de Personal.
Número de copias: Una copia.
Original: Dirección de Administración de Personal.
Copia: Coordinación Administrativa de la Dependencia o Entidad.

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

Anexo 40

Formato DAP-15 A

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

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

ÁREA SOLICITANTE **Vo. Bo. DEL TITULAR** **AUTORIZÓ**

(NOMBRE, CARGO Y FIRMA)

Nota: Estos pagos deberan ejecutarse a lo dispuesto en el articulo 30 de la Ley de los Trabajadores al Servicio del Gobierno del Estado de Campeche.- El servicio prestado, a solicitud de una entidad publica, durante los dias de descanso se pagara al trabajador con sueldo triple.

Original: EXPEDIENTE PERSONAL C.c.p: DEPENDENCIA

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL
Poder Ejecutivo del Estado de Campeche
Subsecretaría de Administración
Dirección de Administración de Personal

Formato DAP-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 la dependencia o entidad pública, el titular de la dependencia o entidad pública, director de Administración de Personal de la Secretaría de Administración.

Elabora: El área solicitante.
Destino: La Dirección de Administración de Personal.
Número de copias: Una copia.
Original: Dirección de Administración de Personal.
Copia: Coordinación Administrativa de la Dependencia o Entidad.

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 DAP-16
"Solicitud de Corrección de Datos en Nómina"

Anexo 41

PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE CAMPECHE

"SOLICITUD DE CORRECCION DE DATOS EN NOMINA"

Formato DAP-16
EDICION 21/08/2019

RAMO: _____

C. ING. GUSTAVO M. ORTIZ GONZALEZ
SECRETARIO DE ADMINISTRACION E INNOV. GUB
P R E S E N T E .

DEPENDENCIA: _____

OFICIO: _____ FECHA: _____

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

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

ELABORO

NOMBRE,FRMA Y CARGO

Vo.Bo.

NOMBRE,FRMA Y CARGO

AUTORIZO

NOMBRE, FIRMA Y CARGO

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

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL
Poder Ejecutivo del Estado de Campeche
Subsecretaría de Administración
Dirección de Administración de Personal

Formato DAP-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 Área Administrativa de la Dependencia o Entidad Pública y el Director de Administración de Personal.

Elabora: Las Dependencias y las Entidades Públicas (área administrativa).
Destino: La Dirección de Administración de Personal.
Número de Copias: Dos copias.
Original: Expediente del servidor público.
1a. copia: Minutario del Departamento de Incidencias y Prestaciones.
2a. copia: Área administrativa de la Dependencia o Entidad Pública.

Instrucciones de Llenado

1. **C. SECRETARIO DE ADMINISTRACIÓN:** El nombre del Secretario de Administración e Innovación Gubernamental.
2. **Dependencia:** El nombre del centro de trabajo (Dependencia o Entidad Pública).
3. **Oficio:** La numeración otorgada por la Dependencia o Entidad Pública.
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 la Dependencia.

Formato DAP-17
"Solicitud de Expedición de Constancias"

Anexo 42

San Francisco de Campeche, Cam., a___de_____de 20___.

LIC. REBECA CONCEPCIÓN GORIÁN MALDONADO
Directora de Administración de Personal
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: _____

DEPENDENCIA: _____

TELÉFONO: _____

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL
Poder Ejecutivo del Estado de Campeche
Subsecretaría de Administración
Dirección de Administración de Personal

Formato DAP-18
"Pase de Salida"

Anexo 43

PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE CAMPECHE

Formato DAP-18
EDICION 21/08/2019

PASE DE: **SALIDA** ☐ **ENTRADA** ☐ **No.** (1) (2)

San Francisco de Campeche, Camp., (3) de de

RELOJ CHECADOR

(17)

SALIDA

Se hace constar que el C. (4)
Permanecerá ausente de (5)
Tiempo aproximado (6) A partir de las (7)
Para ocurrir a (8)
Con objeto de (9)
Categoría (10) No. de Empleado (11)
No. de Tarjeta (12) Horario (13)
Salió (14) Hrs. Regresó (15) Hrs. Tiempo (16)

ENTRADA

(18)

Firma del Interesado

Nombre y Firma del Jefe Inmediato

C.c.p.- Coordinador Administrativo

Nota: Este modelo sugerido que debera adecuarse según sea el planteamiento y las necesidades del servicio de la Dependencia o Entidad.

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL
Poder Ejecutivo del Estado de Campeche
Subsecretaría de Administración
Dirección de Administración de Personal

Formato DAP-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 áreas administrativas de las Dependencias y Entidades Públicas.
Número de Copias: Dos copias.
Original: Área 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.

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

Forma de Alta (ISSSTECAM)

Anexo 44

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)

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

Anexo 45

PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE CAMPECHE

Formato DAP-19
Edicion 21/08/2019

REPORTE DE PERSONAL CON DERECHO A ESTÍMULO POR PUNTUALIDAD Y ASISTENCIA

DEPENDENCIA:_____ MES: _____

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

ELABORÓ | Vo. Bo. | AUTORIZÓ

COORDINADOR ADMINISTRATIVO | TITULAR DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD | DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL

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

NOTA: Este formato aplica en su forma fisica para personal comisionado.

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL
Poder Ejecutivo del Estado de Campeche
Subsecretaría de Administración
Dirección de Administración de Personal

Formato DAP-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 del área administrativa de la Dependencia o Entidad Pública y el Director de Administración de Personal.

Elabora: Las Dependencias y Entidades Públicas (área administrativa).
Destino: La Dirección de Administración de Personal.
Número de Copias: Dos copias.
Original: Expediente del servidor público.
1a. copia: Minutario del Departamento de Incidencias y Prestaciones.
2a. copia: Área administrativa de la Dependencia o Entidad Pública.

Instrucciones de Llenado

1. **Dependencia:** El nombre del centro de trabajo (Dependencia o Entidad Pública).
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 la Dependencia o entidad 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 la Dependencia.

Anexo 46

Formato DAP-20
Solicitud de Estímulo por Superación Académica

PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE CAMPECHE

Formato DAP-20

SOLICITUD DE ESTÍMULO POR SUPERACIÓN ACADÉMICA

No. de Oficio:

C. ING. GUSTAVO MANUEL ORTIZ GONZÁLEZ
SECRETARIO DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL

Fecha:

P R E S E N T E :

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:

Dependencia o Entidad:

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 tráves de Maestría	**$2,500.00**	☐

Documentos oficiales que acreditan los estudios cursados:

Elaboró	Vo. Bo.	Autorizó
LIC. ALEJANDRO HERRERA GONZÁLEZ SUBDIRECTOR DE CONTROL DE PERSONAL DE LA SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL	C.P. MILDRET GUADALUPE SUÁREZ BURGOS SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN DE LA SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL	LICDA. REBECA C. GORIÁN MALDONADO DIRECTORA DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL DE LA SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL
Poder Ejecutivo del Estado de Campeche
Subsecretaría de Administración
Dirección de Administración de Personal

Formato DAP-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 del área administrativa de la dependencia o entidad pública, el titular de la dependencia o entidad pública y el director de administración de personal.

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

Instrucciones de Llenado

1. **C.:** El nombre del Secretario de Administración e Innovación Gubernamental.
2. **Oficio:** La numeración otorgada por la dependencia o entidad pública.
3. **Fecha:** El día, mes y año en que fue llenado el formato
4. **Dependencia:** El nombre del centro de trabajo (dependencia o entidad pública).
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 ó 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.

Formato DAP-21
Actualización de Cédula de Datos

Anexo 47

PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE CAMPECHE

ACTUALIZACIÓN DE CÉDULA DE DATOS

FORMATO DAP - 21 **ANEXO 47**

RESUMEN DE PERSONAL	NÚMERO		ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN	
			NÚMERO DE CONSTANCIA	

1.0 DATOS LABORALES			1.0 NOMBRE DE EMPLEADO		
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)		
2.0 PUESTO CARGO DE			2.1 NIVEL		2.2 CLAVE
3.0 LICENCIAS / 3.1 RAMO	3.2 DIRECCIÓN	UNIDAD	3.3 SUBDIRECCIÓN DE		3.4 JEFATURA DE
3.5 FECHA DE ALTA IMSS	3.6 FECHA DE ALTA ISSSTECAM		3.7 CURP		3.8 RFC

5.0 LICENCIAS	5.1 SUSPENSIONES		5.2 AMONESTACIONES			
	5.3 PERSEVERANCIA Y	10 AÑOS	15 AÑOS	20 AÑOS	25años	30 AÑOS	35 AÑOS
	5.4 LICENCIA SIN GOCE DE SUELDO						

5.5 FORMA DE PAGO	BANCO	CH	CUENTA DE CHEQUES	DESCUENTO DE INFONATIV (NÚMERO DE CRÉDITO)	

6.0 PERSONAL A SU CARGO	6.1 SINDICALIZADO		6.2 DE CONFIANZA		6.3 POR CONTRATO		6.4 TOTAL

7.0 DATOS PERSONALES											
7.1 GÉNERO	7.1.1 MASCULINO		7.1.2 FEMENINO		7.2 FECHA DE NACIMIENTO	AÑO		MES		DÍA	

7.3 ESTADO CIVIL ACTUAL			7.4 ESTRUCTURA FAMILIAR				
7.3.1 CASADO		7.3.2 SOLTERO		7.4.1 N DE HIJOS		7.4.2 MENORES DE 18 AÑOS	7.4.3 MAYORES DE 18 AÑOS
7.3.3 UNIÓN LIBRE		7.3.4 VIUDO		7.4.4 NÚMERO DE FAMILIARES DEPENDIENTES ECONÓMICAMENTE		7.4.5 NÚMERO DE PERSONAS QUE HABITAN EN LA MISMA VIVIENDA	
7.3.5 DIVORSIADO		7.3.6 SEPARADO					

7.5 ORIGINARIO DE	POBLACIÓN	ESTADO	MÉXICO / OTRO PAÍS	RECIDENTE EN EL ESTADO DESDE

7.6 DOMICILIO ACTUAL	DIRECCIÓN	COLONIA	MUNICIPIO	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO PARTICULAR		CELULAR		E-MAIL	

8.0 ESCOLARIDAD (INCLUYENDO ESTUDIOS TRUNCOS) ESPECIFÍQUE SEGÚN EL CASO).	8.1 PRIMARIA		8.2 SECUNDARIA		8.3 PREPARADORIA / EQUIVALENTE	
8.4 TÉCNICO / MEDIOS			8.5 SUPERIORES			
8.6 POST GRADOS / ESPECIALIZACIONES			8.7 IDIOMAS			

9.0 PUESTOS DESEMPEÑADOS EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA (EN ORDEN DESCENDENTE)		DEPENDENCIA / ORGANISMOS	PODER DEL ESTADO *			ANTIGÜEDAD			
			L	E	J	DESDE EL AÑO A:			
9						DE		A:	
9						DE		A:	
9						DE		A:	
9						DE		A:	
10						DE		A:	
10						DE		A:	
10						DE		A:	
10						DE		A:	

9.9 TRABAJA ACTUALMENTE (LA) CÓNYUGE, PAREGA, HIJO (S) O ALGÚN OTRO FAMILIAR EN ALGUNA DEPENDENCIA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.	SI		NO		ANTIGÜEDAD EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA	
ESPECIFIQUE PARENTESCO						

PODER DEL ESTADO L PODER LEGISLATIVO, E PODER EJECUTIVO Y J PODER JUDICIAL

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL
Poder Ejecutivo del Estado de Campeche
Subsecretaría de Administración
Dirección de Administración de Personal

(Hoja 1)

11.0 CAPACITACION / ACTUALIZACION RECIBIDA EN LOS ULTIMOS TRES ANOS (3)					
	TEMA	IMPARTIDO POR:	FECHA	HORAS	CURSADO EN (LUGAR)
11.1					
11.2					
11.3					
11.4					
11.5					
11.6					
11.7					
11.8					
11.9					
(3) DATOS ADICIONALES					
CAPACITACION IMPARTIDA					

REFERENCIA	DATOS ADICIONALES DE (1), (2) Y (3). OBSERVACIONES.

RESPONSABLE DE LA ACTUALIZACION	PUESTO

(Hoja 2)

Anexo 48

Formato DAP-22
Solicitud de Verificación de Antigüedad en el Servicio Público

PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE CAMPECHE

FORMATO DAP-22

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

LICDA. REBECA CONCEPCION GORIAN MALDONADO
DIRECTOR DE ADMINISTRACION DE PERSONAL
PRESENTE.

AT'N: LIC. GLORIA PALACIOS CASTRO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ARCHIVO

Por este medio, le solicito la verificación de mis años de servicios en el Gobierno del Estado.

- [ ] 10 Años
- [ ] 25 Años
- [ ] 15 Años
- [ ] 30 Años
- [ ] 20 Años
- [ ] 35 Años

Adjunto copia de los siguientes documentos:

- [ ] Nombramientos
- [ ] Alta IMSS
- [ ] Copia del Reconocimiento
- [ ] Credenciales
- [ ] Otros especificar
- [ ] Constancias

Area de adscripción:

_____
Dependencia/Entidad

Nombre: _____

Número de Empleado: _____ Teléfono Oficial: _____

_____
Firma del trabajador

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

SECRETARIA DE ADMINISTRACION E INNOVACION GUBERNAMENTAL
Poder Ejecutivo del Estado de Campeche
Subsecretaría de Administración
Dirección de Administración de Personal

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

Anexo 49

PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE CAMPECHE

Formato DAP-24

Solicitud de Aplicación del Subsidio para el Empleo

San Francisco de Campeche, Campeche a ___ de _____ (1) de _____

Lic. Rebeca Concepción Gorián Maldonado
Directora de Administración de Personal de la
Secretaría de Admón e Innovación Gubernamental
P r e s e n t e.

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:

(2)	Actualmente presto mis servicios a otro patrón (empleador)	SI:	NO:

Si la respuesta anterior fue afirmativa, favor de elegir sólo una de las siguientes opciones, señalándola con una "X"

(3)	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 http://apps.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.

Estoy enterado de que este aviso debo presentarlo en el sitio web antes mencionado, el cual 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

(4)

NOMBRE: (5)
RFC: (6)
NUMERO DE EMPLEADO: (7)

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

SECRETARIA DE ADMINISTRACION E INNOVACION GUBERNAMENTAL
Poder Ejecutivo del Estado de Campeche
Subsecretaría de Administración
Dirección de Administración de Personal

Formato DAP-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 Administración de Personal
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. **Pregunta:** Deberá marcar con una **X** solamente una de las dos opciones, considerando si presta servicios a otro patrón.
3. **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.
4. **Firma:** Firma legible del empleado.
5. **Nombre:** El nombre(s), apellido paterno y apellido materno del empleado.
6. **RFC:** El Registro Federal de Contribuyentes del trabajador a 13 posiciones
7. **Número de Empleado:** El número de control único que corresponde al servidor público para efecto de nómina y de control de personal.

Anexo 50

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

PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE CAMPECHE

Formato DAP-25

Solicitud para presentar Declaración Anual de forma personal

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

Lic. Rebeca Concepción Gorián Maldonado
Directora de Administración de Personal de la
Secretaría de Admón e Innovación Gubernamental
P r e s e n t e.

El (la) que suscribe, _____ (2) _____, con Registro Federal de Contribuyentes _____ (3) _____, 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 2019.

Lo anterior, se hace de conocimiento a fin de solicitar atentamente <u>NO se efectúe el cálculo del impuesto anual del suscrito</u>, por los ingresos percibidos del Poder Ejecutivo del Estado de Campeche por concepto de sueldos y salarios correspondientes al ejercicio fiscal 2019, toda vez que por cuenta propia presentaré mi Declaración Anual correspondiente.

Atentamente

(4)

_____
NOMBRE: (5)
RFC: (6)
NUMERO DE EMPLEADO: (7)

SECRETARIA DE ADMINISTRACION E INNOVACION GUBERNAMENTAL
Poder Ejecutivo del Estado de Campeche
Subsecretaría de Administración
Dirección de Administración de Personal

Formato DAP-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
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 Administración de Personal
Número de Copias: Ninguna
Original: Expediente del servidor público.

Instrucciones de llenado

8. **Fecha:** El día, mes y año en que fue llenado el formato.
9. **El (la) que suscribe:** Deberá anotar el nombre(s), apellido paterno y apellido materno del empleado
10. **Registro Federal de Contribuyentes:** Deberá anotar El Registro Federal de Contribuyentes del trabajador a 13 posiciones
11. **Firma:** Firma legible del empleado.
12. **Nombre:** El nombre(s), apellido paterno y apellido materno del empleado.
13. **RFC:** El Registro Federal de Contribuyentes del trabajador a 13 posiciones
14. **Número de Empleado:** El número de control único que corresponde al servidor público para efecto de nómina y de control de personal