

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

Anexo 14





Formato DAP-01

**SOLICITUD DE AUTORIZACION DE MOVIMIENTOS DE PERSONAL**

**I. DATOS DEL SOLICITANTE:**

ENTIDAD PUBLICA: (1) \_\_\_\_\_

ESTRUCTURA PROGRAMATICA: (2) \_\_\_\_\_

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

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

NOMBRE: (4) \_\_\_\_\_

APELLIDO PATERNO                      APELLIDO MATERNO                      NOMBRE (S)

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

ESCOLARIDAD: (8) \_\_\_\_\_

**IV. DATOS DE LA PLAZA VACANTE:**

SUSTITUIR A: (9) \_\_\_\_\_

PUESTO: (10) \_\_\_\_\_ NIVEL: (11) \_\_\_\_\_

TIPO DE PLAZA: BASE ☐ CONFIANZA ☐

VIGENCIA: DEFINITIVO ☐ PROVISIONAL ☐ TEMPORAL: ☐ (12)

JUSTIFICACION: (13) \_\_\_\_\_

**V. FIRMA DE SOLICITUD**

ELABORO

(14)

FIRMA DEL AREA ADMINISTRATIVA

Vo. Bo.

(15)

FIRMA DEL TITULAR

**VI. FIRMA DE AUTORIZACION**

(16)

(17)

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.

**Formato DAP-01**  
**Solicitud de Autorización de Movimiento de Personal**  
**Instructivo**

**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 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.
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.

**Datos de la Plaza Vacante.**

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

**11. Nivel:** Del Puesto.

**12. 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.

**13. Justificación:** Exponer los motivos por los cuales se solicita autorización de este movimiento.

**Firma de Solicitud**

**14. Firma del Área Administrativa:** La firma del Área Administrativa que elaboró la solicitud de autorización del movimiento.

**15. Firma del Titular:** La firma de Visto Bueno del Titular de la Dependencia que autoriza el movimiento.

**16. Firma de Autorización:** Requisitado por la Dirección de Administración de Personal.

**17. Autorización:** Requisitado por la Dirección de Administración de Personal.

## Anexo 14A

Secretaría de Finanzas / Subsecretaría de Programación y Presupuesto 238

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

**Instructivo**

**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. **Plaza Propuesta:** El puesto del empleado a quién se sustituye.
6. **Nivel:** Del Puesto.
7. **Sustituir a:** El nombre completo de la última persona que ocupaba la plaza.

**8. 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**

**9. Firma del Área Administrativa:** La firma del Área Administrativa que elaboró la solicitud de autorización del movimiento.

**10. Firma del Titular:** La firma de Visto Bueno del Titular de la Dependencia que autoriza el movimiento.

**11. Firma de Autorización:** Requisitado por la Dirección de Administración de Personal.

**12. Autorización:** Requisitado por la Dirección de Administración de Personal.

Formato  
Solicitud de Empleo

Anexo 22

		<b>GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE</b> <b>Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental</b> <b>Subsecretaría de Administración</b> <b>Dirección de Administración de Personal</b> <b>SOLICITUD DE EMPLEO</b>		 <b>SAIG</b> <small>GOBIERNO DEL ESTADO CAMPECHE 2015-2021</small>							
<table border="1"> <tr> <td>FECHA</td> <td>PUESTO SOLICITADO</td> <td>SUELDO MENSUAL DESEADO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>\$</td> </tr> </table>		FECHA	PUESTO SOLICITADO	SUELDO MENSUAL DESEADO			\$				
FECHA	PUESTO SOLICITADO	SUELDO MENSUAL DESEADO									
		\$									
<b>DATOS PERSONALES</b>											
NOMBRE		APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO							
DOMICILIO		COLONIA		ZONA POSTAL							
LUGAR DE NACIMIENTO		FECHA DE NACIMIENTO		EDAD AÑOS							
VIVE CON <input type="radio"/> PADRES <input type="radio"/> FAMILIA <input type="radio"/> PARIENTES <input type="radio"/> SOLO		ESTATURA		PESO KG.							
PERSONAS QUE DEPENDEN DE USTED		ESTADO CIVIL		EXPLIQUE							
HIJOS _____ CONYUGE _____ PADRES _____ OTROS _____		<input type="radio"/> SOLTERO <input type="radio"/> CASADO <input type="radio"/> OTRO									
<b>ESTADO DE SALUD Y HABITOS PERSONALES</b>											
¿COMO SE CONSIDERA SU ESTADO DE SALUD ACTUAL?		¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRONICA?		¿ESTA USTED EMBARAZADA?							
<input type="radio"/> BUENO <input type="radio"/> REGULAR <input type="radio"/> MALO		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO							
¿CUANTAS FALTAS CONSIDERA HABER TENIDO AL TRABAJO EN EL ULTIMO AÑO DEBIDO A ENFERMEDADES?		¿ACOSTUMBRA USTED SER PUNTUAL EN SU TRABAJO?		EN SUS TRABAJOS ANTERIORES ¿FUE USTED CUMPLIDO (A) EN SUS FUNCIONES?							
		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO							
EN SUS TRABAJOS ANTERIORES ¿HA TENIDO USTED PROBLEMAS GRAVES CON SUS SUPERIORES?		¿PRACTICA USTED ALGUN DEPORTE?		PERTENECE A ALGUN CLUB SOCIAL O DEPORTIVO?							
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO							
¿CUAL ES SU META EN LA VIDA?											
<b>DOCUMENTACION</b>											
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION (CURP)				AFORE							
REG. FED. DE CAUSANTES No.		No. DE AFILIACION AL I.M.S.S. / ISSSTE		CARTILLA DE SERVICIO MILITAR No.							
PASAPORTE NO.		¿TIENE LICENCIA DE MANEJO?		CLASE Y NUMERO DE LICENCIA							
SIENDO EXTRANJERO QUE DOCUMENTOS LO ACREDITAN PARA TRABAJAR EN EL PAIS											
<b>DATOS FAMILIARES</b>											
NOMBRE		VIVE	FINADO	DOMICILIO							
PADRE											
MADRE											
ESPOSO (A)											
NOMBRE Y EDADES DE LOS HIJOS											
<b>ESTUDIOS REALIZADOS</b>											
NOMBRE DE LA ESCUELA	CIUDAD Y ESTADO	FECHA		AÑOS	TITULO RECIBIDO						
		DE	A								
PRIMARIA											
SECUNDARIA O PREVOCAACIONAL											
PREPARATORIA O VOCACIONAL											
PROFESIONAL											
COMERCIAL O OTRAS											
ESTUDIOS QUE ESTA EFECTUANDO EN LA ACTUALIDAD											
ESCUELA	HORARIO	CURSOS O CARRERA		GRADO							

(Hoja 1)

## Formato Solicitud de Empleo

DOCUMENTACION BASICA				
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 SEPARACION				
NOMBRE DE SU JEFE INMEDIATO				
PUESTO DE SU JEFE INMEDIATO				
PODEMOS SOLICITAR INFORMES DE USTED	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO

REFERENCIAS PERSONALES (No incluye parientes o jefes anteriores)				
NOMBRE COMPLETO	DOMICILIO	TELEFONO	OCUPACION	TIEMPO DE CONOCERLO

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


  

COMENTARIOS DEL ENTREVISTADOR	<p style="text-align: center;">HAGO CONSTAR QUE MIS RESPUESTAS SON VERDADERAS</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">FIRMA DEL SOLICITANTE</p>
-------------------------------	---

(Hoja 2)

**Formato DAP-02  
Calendario de Fechas Límites 2016**


Anexo 16



GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE

SECRETARIA DE ADMINISTRACION E INNOVACION GUBERNAMENTAL

DIRECCION DE ADMINISTRACION DE PERSONAL



SAIG

GOBIERNO DEL ESTADO CAMPECHE 2015-2021

ANEXO PARA COORDINADORES ADMINISTRATIVOS



CALENDARIO DE FECHAS LIMITES 2016

Formato DAP-02

QUINCENAS		ULTIMO DIA RECEPCION MOVIMIENTOS	ENTREGA DE NOMINAS	PAGO AL PERSONAL	DEVOLUCION DE NOMINAS FIRMADAS
1	1ra. ENE	15-dic	14-ene	15-ene	29-ene
2	2da. ENE	04-ene	28-ene	29-ene	15-feb
3	1ra. FEB	18-ene	12-feb	15-feb	29-feb
4	2da. FEB	29-ene	26-feb	29-feb	15-mar
5	1ra. MAR	16-feb	14-mar	15-mar	30-mar
6	2da. MAR	01-mar	29-mar	30-mar	15-abr
7	1ra. ABRIL	14-mar	14-abr	15-abr	29-abr
8	2da. ABRIL	31-mar	28-abr	29-abr	13-may
9	1ra. MAYO	18-abr	12-may	13-may	30-may
10	2da. MAYO	29-abr	27-may	30-may	15-jun
11	1ra. JUN	09-may	14-jun	15-jun	30-jun
12	2da. JUN	23-may	29-jun	30-jun	15-jul
13	1ra. JUL	13-jun	14-jul	15-jul	29-jul
14	2da. JUL	27-jun	28-jul	29-jul	15-ago
15	1ra. AGO	14-jul	12-ago	15-ago	30-ago
16	2da. AGO	29-jul	29-ago	30-ago	15-sep
17	1ra. SEPT	15-ago	14-sep	15-sep	30-sep
18	2da. SEPT	26-ago	29-sep	30-sep	14-oct
19	1ra. OCT	12-sep	13-oct	14-oct	28-oct
20	2da. OCT	26-sep	27-oct	28-oct	15-nov
21	1ra. NOV	10-oct	14-nov	15-nov	30-nov
22	2da. NOV	24-oct	29-nov	30-nov	13-dic
23	1ra. DIC	14-nov	12-dic	13-dic	*13/01/2017
NOTAS:					
1. LA ENTREGA DE MOVIMIENTOS DE PERSONAL DEBERA EFECTUARSE EN LA DIRECCION DE ADMINISTRACION DE PERSONAL EN LA FECHA ESTIPULADA.					
2. LA ENTREGA DE NOMINAS Y CHEQUES A LA UNIDADES ADMINISTRATIVAS SE REALIZARA EN LA DIRECCION DE ADMINISTRACION DE PERSONAL CONFORME A ESTE CALENDARIO.					
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 17

	<b>MOVIMIENTOS DE PERSONAL</b>	 <b>SAIG</b> <small>GOBIERNO DEL ESTADO CAMPECHE 2015-2021</small>																																															
(1) <b>ING. GUSTAVO MANUEL ORTIZ GONZALEZ</b> SECRETARIO DE ADMN. E INNOV. GUB. <b>P R E S E N T E</b>	ALTA <input type="checkbox"/> BAJA <input type="checkbox"/> REINGRESO <input type="checkbox"/> No. OFICIO: _____ (2)	Formato DAP-03 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">TIPO DE NOMINA</th> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">GENERAL</td> <td style="width: 33%;">DESCENTRALIZADA</td> <td style="width: 33%;">INTERINA</td> </tr> </table>	TIPO DE NOMINA			GENERAL	DESCENTRALIZADA	INTERINA																																									
TIPO DE NOMINA																																																	
GENERAL	DESCENTRALIZADA	INTERINA																																															
ESTRUCTURA PROGRAMATICA: _____ (3) DEPENDENCIA Y/O ORGANISMO _____ (4) DIRECCION: _____ (5)	NO. DE MOVIMIENTO DAP <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">FECHA</th> <th rowspan="2">NUMERO</th> </tr> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> (6)		FECHA			NUMERO	DIA	MES	AÑO																																								
FECHA			NUMERO																																														
DIA	MES	AÑO																																															
DATOS DEL PERSONAL (7) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">NOMBRE (S)</td> <td style="width: 33%;">APELLIDO PATERNO</td> <td style="width: 33%;">APELLIDO MATERNO</td> </tr> <tr> <td>R. F. C. _____</td> <td>C.U.R.P. _____</td> <td>IMSS _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">NUMERO DE EMPLEADO _____</td> <td>Correo Electrónico: _____</td> </tr> </table>			NOMBRE (S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	R. F. C. _____	C.U.R.P. _____	IMSS _____	NUMERO DE EMPLEADO _____		Correo Electrónico: _____																																						
NOMBRE (S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO																																															
R. F. C. _____	C.U.R.P. _____	IMSS _____																																															
NUMERO DE EMPLEADO _____		Correo Electrónico: _____																																															
DATOS DEL MOVIMIENTO (8) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">01 ALTA <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;">02 BAJA <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;">03 LICENCIA <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;">04 VACACIONES <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>CLAVE _____</td> <td>ESPECIFIQUE: _____</td> <td colspan="2">RADICACION: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">PUESTO: _____</td> <td colspan="2">NIVEL: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">SUSTITUYE A _____</td> <td colspan="2"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">CLAVE DEL PUESTO</td> <td style="width: 50%;">PERCEPCION MENSUAL (1101)</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">A PARTIR DEL _____</td> <td colspan="2">AL _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">                     TIPO DE PLAZA: BASE <input type="checkbox"/> CONFIANZA <input type="checkbox"/> </td> <td colspan="2">                     VIGENCIA: DEFINITIVA <input type="checkbox"/> INTERINO <input type="checkbox"/> CONTRATO <input type="checkbox"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="5">TURNO LABORAL</th> </tr> <tr> <td style="width: 20%;">T.M.</td> <td style="width: 20%;">T.V.</td> <td style="width: 20%;">MIXTO</td> <td style="width: 20%;">NOCTURNO</td> <td style="width: 20%;">POR HORAS</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>			01 ALTA <input type="checkbox"/>	02 BAJA <input type="checkbox"/>	03 LICENCIA <input type="checkbox"/>	04 VACACIONES <input type="checkbox"/>	CLAVE _____	ESPECIFIQUE: _____	RADICACION: _____		PUESTO: _____		NIVEL: _____		SUSTITUYE A _____		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">CLAVE DEL PUESTO</td> <td style="width: 50%;">PERCEPCION MENSUAL (1101)</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> </tr> </table>		CLAVE DEL PUESTO	PERCEPCION MENSUAL (1101)			A PARTIR DEL _____		AL _____		TIPO DE PLAZA: BASE <input type="checkbox"/> CONFIANZA <input type="checkbox"/>		VIGENCIA: DEFINITIVA <input type="checkbox"/> INTERINO <input type="checkbox"/> CONTRATO <input type="checkbox"/>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="5">TURNO LABORAL</th> </tr> <tr> <td style="width: 20%;">T.M.</td> <td style="width: 20%;">T.V.</td> <td style="width: 20%;">MIXTO</td> <td style="width: 20%;">NOCTURNO</td> <td style="width: 20%;">POR HORAS</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				TURNO LABORAL					T.M.	T.V.	MIXTO	NOCTURNO	POR HORAS					
01 ALTA <input type="checkbox"/>	02 BAJA <input type="checkbox"/>	03 LICENCIA <input type="checkbox"/>	04 VACACIONES <input type="checkbox"/>																																														
CLAVE _____	ESPECIFIQUE: _____	RADICACION: _____																																															
PUESTO: _____		NIVEL: _____																																															
SUSTITUYE A _____		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">CLAVE DEL PUESTO</td> <td style="width: 50%;">PERCEPCION MENSUAL (1101)</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> </tr> </table>		CLAVE DEL PUESTO	PERCEPCION MENSUAL (1101)																																												
CLAVE DEL PUESTO	PERCEPCION MENSUAL (1101)																																																
A PARTIR DEL _____		AL _____																																															
TIPO DE PLAZA: BASE <input type="checkbox"/> CONFIANZA <input type="checkbox"/>		VIGENCIA: DEFINITIVA <input type="checkbox"/> INTERINO <input type="checkbox"/> CONTRATO <input type="checkbox"/>																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="5">TURNO LABORAL</th> </tr> <tr> <td style="width: 20%;">T.M.</td> <td style="width: 20%;">T.V.</td> <td style="width: 20%;">MIXTO</td> <td style="width: 20%;">NOCTURNO</td> <td style="width: 20%;">POR HORAS</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				TURNO LABORAL					T.M.	T.V.	MIXTO	NOCTURNO	POR HORAS																																				
TURNO LABORAL																																																	
T.M.	T.V.	MIXTO	NOCTURNO	POR HORAS																																													
05 DESCUENTOS (9) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">TOTAL DE DIAS A DESCONTAR _____</td> <td style="width: 50%;">OTROS DESCUENTOS</td> </tr> <tr> <td>RETARDO DEL (LOS) DIA (S) _____</td> <td>Especifique: _____</td> </tr> <tr> <td>FALTAS INJUSTIFICADAS DEL (LOS) DIA (S) _____</td> <td>MONTO \$ _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NO. DE QUINCENAS _____</td> </tr> </table>			TOTAL DE DIAS A DESCONTAR _____	OTROS DESCUENTOS	RETARDO DEL (LOS) DIA (S) _____	Especifique: _____	FALTAS INJUSTIFICADAS DEL (LOS) DIA (S) _____	MONTO \$ _____		NO. DE QUINCENAS _____																																							
TOTAL DE DIAS A DESCONTAR _____	OTROS DESCUENTOS																																																
RETARDO DEL (LOS) DIA (S) _____	Especifique: _____																																																
FALTAS INJUSTIFICADAS DEL (LOS) DIA (S) _____	MONTO \$ _____																																																
	NO. DE QUINCENAS _____																																																
OBSERVACIONES _____ (10)																																																	
ELABORO _____ Vo. Bo. _____ AUTORIZO _____ (11) 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:	(12) Teléfono:
Calle	Estado Civil:
No. Ext. Int.	Sexo:
Barrio o Colonia	Código Postal
Escolaridad:	(13)
	Firma

## 07 ANEXOS

COPIAS
1.- ORIGINAL Y COPIA LEGIBLE DE CEDULA UNICA DE IDENTIFICACION DE PERSONAL PROPORCIONADA POR LA DAF. DAP-05(*)
2.- ORIGINAL Y COPIA LEGIBLE DEL ACTA DE NACIMIENTO FORMATO ACTUAL
3.- DOS COPIAS LEGIBLES DE ALTA DEL R.F.O. ANTE LA S.H.C.P.
4.- DOS COPIAS LEGIBLES DE LA CLAVE UNICA DEL REG. DE POBLACION (CURP)
5.- DOS LEGIBLES DE LA ASIGNACION DEL NUMERO DE SEG. SOCIAL EXP. POR EL IMSS
6.- DOS COPIAS LEGIBLES 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 CONSTANCIA DE ESTUDIOS
11.- ORIGINAL O COPIA LEGIBLE DEL CURRICULUM VITAE
12.- COPIA DE LA CARTILLA DEL SERVICIO MILITAR NACIONAL LIBERADA (SOLO HOMBRERES)
13.- ORIGINAL Y COPIA DE LA CARTA DE AUTORIZACION PAGO DE NOMINA VIA TARJETA DE DEBITO (ANEXAR COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR)
14.- ORIGINAL Y 3 COPIAS DEL FORMATO "POLIZA DE SEG. DE VIDA"
15.- ORIGINAL DE LA CARTA COMPROMISO DE COMPATIBILIDAD DE EMPLEO
16.- ORIGINAL Y COPIA DEL AVISO DE RESPONSIIVA DE ACREDITACION ANTE EL INFONAVIT Y DOS COPIAS LEGIBLES DEL AVISO PARA RETENCIÓN DE DESCUENTOS PARA LOS QUE CUENTAN CON CRÉDITO DE INFONAVIT.
17.- DOS COPIAS LEGIBLES DEL COMPROBANTE DE DOMICILIARIO CATASTRAL
18.- 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 Original

## 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 ADSORPCION
28 POR TERMINO DE ENCARGO (Solo Mandar Mediar y Superior o designar por el Ejecutivo)
29 DICTAMEN DE INVALIDEZ (IMSS)

(Hoja 2)

**Formato DAP-03**  
**Movimientos de Personal**

**Instructivo**

**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 requisitados.


Formato DAP-03 A  
Movimientos de Personal de Educación

Anexo 17 A



(8)

**MOVIMIENTOS DE PERSONAL DE EDUCACION**



SAIG  
GOBIERNO DEL ESTADO  
CAMPECHE 2015-2021  
Formato DAP-03A

(1) ING. GUSTAVO MANUEL ORTIZ GONZALEZ ALTA ☐ BAJA ☐ (2)

SECRETARIA DE ADMON. E INNOV. GUB. PRESENTE

No. OFICIO: \_\_\_\_\_

ESTRUCTURA PROGRAMATICA: \_\_\_\_\_ (3)

ESCUELA: \_\_\_\_\_ (4)

ZONA ESCOLAR: \_\_\_\_\_ (5) CLAVE DEL CENTRO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_ (6)

NO. DE MOVIMIENTO DAP (7)

FECHA			NUMERO
DIA	MES	AÑO	

**DATOS DEL PERSONAL (8)**

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

**DATOS DEL MOVIMIENTO (9)**

01 ALTA <input type="checkbox"/>	02 BAJA <input type="checkbox"/>	03 LICENCIA <input type="checkbox"/>	04 VACACIONES <input type="checkbox"/>
----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--

CLAVE: \_\_\_\_\_ ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_ RADICACION: \_\_\_\_\_

PUESTO: \_\_\_\_\_ NIVEL: \_\_\_\_\_

CLAVE DEL PUESTO	PERCEPCION MENSUAL (1101)

FUNIONES A DESEMPEÑAR: \_\_\_\_\_

SUSTITUYE A \_\_\_\_\_

A PARTIR DEL: \_\_\_\_\_ AL: \_\_\_\_\_

TIPO DE PLAZA: DOCENTE <input type="checkbox"/>	VIGENCIA: DEFINITIVA <input type="checkbox"/>	NUMERO DE HORAS
ADMINISTRATIVA <input type="checkbox"/>	EVENTUAL <input type="checkbox"/>	NUMERO DE HORAS
APOYO <input type="checkbox"/>	INTERINO <input type="checkbox"/>	NUMERO DE HORAS

**05 DESCUENTOS (10)**

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

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_ (11)

PROPONE

VALIDO

CERTIFICO

OTORGA VIGENCIA

(12)

AREA EDUCATIVA

SUBJEFE DE REEC. HUM. EST

DIRECTOR DE EDUCACION BASICA

SUBSECRETARIO DE SERV. 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)

**Formato DAP- 03 A**  
**Movimientos de Personal de Educación**

<b>06 DATOS PERSONALES DEL EMPLEADO</b> (13)	
Domicilio: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <span>Calle</span> <span>Nº. Ext. Int.</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <span>Barrio o Colonia</span> <span>Código Postal</span> </div>	Teléfono: _____ Estado Civil: _____ Sexo: _____
Escolaridad: _____ (14) <div style="display: flex; justify-content: flex-end; margin-right: 50px;">                 Firma _____             </div>	

<b>07 ANEXOS</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;">COPIAS</th> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">                     1. *CEDULA UNICA DE IDENTIFICACION DE PERSONAL PROPORCIONADA POR LA DAP.                      2. *ACTA DE NACIMIENTO.                      3. ULTIMA CONSTANCIA DE ESTUDIOS.                      4. CURRICULUM VITAE.                      5. CARTILLA DEL SERVICIO MILITAR NACIONAL LIBERADA.                      6. *CERTIFICADO DE SALUD.                      7. *CONSTANCIA DE HABILITACION EXPEDIDA POR LA CONTRALORIA.                      8. CLAVE UNICA DEL REGISTRO DE POBLACION (CURP).                      9. ALTA DEL R.F.C. ANTE LA S.H.C.P.                      10. ASIGNACION DE NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL                      11. *FORMATO DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA.                      12. *CARTA DE AUTORIZACION PARA PAGO DE NOMINA VIA TARJETA DE DEBITO                          ANEXAR COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR                      13. *CARTA COMPROMISO DE COMPATIBILIDAD DE EMPLEO.                      14. CUATRO FOTOGRAFIAS TAMAÑO INFANTIL.                      15. COMPROBANTE DE DOMICILIO                      16. CREDENCIAL DE ELECTOR                      17. *AVISO DE ACREDITACION ANTE EL INFONAVIT                       OTROS (Especificar): _____                      _____                      _____                      _____                       NOTA:                      *Entregar Original                 </td> </tr> </table>	COPIAS	1. *CEDULA UNICA DE IDENTIFICACION DE PERSONAL PROPORCIONADA POR LA DAP. 2. *ACTA DE NACIMIENTO. 3. ULTIMA CONSTANCIA DE ESTUDIOS. 4. CURRICULUM VITAE. 5. CARTILLA DEL SERVICIO MILITAR NACIONAL LIBERADA. 6. *CERTIFICADO DE SALUD. 7. *CONSTANCIA DE HABILITACION EXPEDIDA POR LA CONTRALORIA. 8. CLAVE UNICA DEL REGISTRO DE POBLACION (CURP). 9. ALTA DEL R.F.C. ANTE LA S.H.C.P. 10. ASIGNACION DE NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL 11. *FORMATO DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA. 12. *CARTA DE AUTORIZACION PARA PAGO DE NOMINA VIA TARJETA DE DEBITO ANEXAR COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR 13. *CARTA COMPROMISO DE COMPATIBILIDAD DE EMPLEO. 14. CUATRO FOTOGRAFIAS TAMAÑO INFANTIL. 15. COMPROBANTE DE DOMICILIO 16. CREDENCIAL DE ELECTOR 17. *AVISO DE ACREDITACION ANTE EL INFONAVIT  OTROS (Especificar): _____ _____ _____ _____  NOTA: *Entregar Original	<b>08 CLAVES DE IDENTIFICACION DE CAUSAS DE:</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;">ALTAS Y BAJAS</th> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <b>EVENTUALES Y/O INTERINATOS</b>                       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)   <b>DEFINITIVOS</b>                       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 ADSORPCION                      28 POR TERMINO DE ENCARGO (Sala Mandar Mediar y Superior o designada por el Ejecutivo)                      29 DICTAMEN DE INVALIDEZ (IMSS)                 </td> </tr> </table>	ALTAS Y BAJAS	<b>EVENTUALES Y/O INTERINATOS</b>  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)  <b>DEFINITIVOS</b>  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 ADSORPCION 28 POR TERMINO DE ENCARGO (Sala Mandar Mediar y Superior o designada por el Ejecutivo) 29 DICTAMEN DE INVALIDEZ (IMSS)
COPIAS					
1. *CEDULA UNICA DE IDENTIFICACION DE PERSONAL PROPORCIONADA POR LA DAP. 2. *ACTA DE NACIMIENTO. 3. ULTIMA CONSTANCIA DE ESTUDIOS. 4. CURRICULUM VITAE. 5. CARTILLA DEL SERVICIO MILITAR NACIONAL LIBERADA. 6. *CERTIFICADO DE SALUD. 7. *CONSTANCIA DE HABILITACION EXPEDIDA POR LA CONTRALORIA. 8. CLAVE UNICA DEL REGISTRO DE POBLACION (CURP). 9. ALTA DEL R.F.C. ANTE LA S.H.C.P. 10. ASIGNACION DE NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL 11. *FORMATO DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA. 12. *CARTA DE AUTORIZACION PARA PAGO DE NOMINA VIA TARJETA DE DEBITO ANEXAR COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR 13. *CARTA COMPROMISO DE COMPATIBILIDAD DE EMPLEO. 14. CUATRO FOTOGRAFIAS TAMAÑO INFANTIL. 15. COMPROBANTE DE DOMICILIO 16. CREDENCIAL DE ELECTOR 17. *AVISO DE ACREDITACION ANTE EL INFONAVIT  OTROS (Especificar): _____ _____ _____ _____  NOTA: *Entregar Original					
ALTAS Y BAJAS					
<b>EVENTUALES Y/O INTERINATOS</b>  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)  <b>DEFINITIVOS</b>  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 ADSORPCION 28 POR TERMINO DE ENCARGO (Sala Mandar Mediar y Superior o designada por el Ejecutivo) 29 DICTAMEN DE INVALIDEZ (IMSS)					

**(Hoja 2)**

**Formato DAP-03A**  
**Movimientos de Personal de Educación**

**Instructivo**

**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.

Vacaciones

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 los movimientos de altas, promociones, cambios de adscripción, interinos nuevos, debidamente requisitados.

## Anexo 18



**GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE**  
 SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL  
 SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN  
 DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL



**SAIG**  
 GOBIERNO DEL ESTADO  
 CAMPECHE 2015-2021

**CEDULA ÚNICA DE IDENTIFICACIÓN DE PERSONAL**

Formato DAP- 05

FOTOGRAFIA  
RECIENTE

FECHA: \_\_\_\_\_  

DÍA
MES
AÑO

NÚMERO 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

NÚMERO 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 ELECTRÓNICO (E-MAIL)

---

TIENE ALGUNA CONSIDERACIÓN DE DISCAPACIDAD  
 SI ☐ NO ☐

¿QUE TIPO DE DISCAPACIDAD TIENE:  
 \_\_\_\_\_

**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	DÍA	MES	AÑO	SEXO	PARENTESCO	ESCOLARIDAD

**(Hoja 1)**

ESCOLARIDAD			
<b>PRIMARIA</b> <input type="checkbox"/>	<b>SECUNDARIA</b> <input type="checkbox"/>	<b>BACHILLERATO/PREPARATORIA</b> <input type="checkbox"/>	<b>PROFESIONAL</b> <input type="checkbox"/>
TÍTULO OBTENIDO: _____			
OTROS: _____			
_____			

EXPERIENCIA LABORAL			
EMPRESA	PERIODO	CARGO	MOTIVO DE LA SEPRACIÓN

EMPLEO ACTUAL		
ADSCRIPCIÓN	CARGO	FECHA DE INGRESO

DATOS ECONOMICOS			
PERCIBE OTROS INGRESOS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
SU VIVIENDA ES:	PROPIA <input type="checkbox"/>	RENTADA <input type="checkbox"/>	PRESTADA <input type="checkbox"/> OTRAS <input type="checkbox"/>
POSEE AUTOMÓVIL:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
TRABAJA SU CÓNYEGE:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿DÓNDE? _____

La Dirección de Administración de Personal es la responsable de la Cédula Unica 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 prescrito por los artículos 1, 4, 5, 7, 8, 9 y 13 de la Ley de Datos Personales del Estado de Campeche y sus Municipios , de fecha 09 de julio de 2012, se le informa que sus datos no podrán ser difundidos sin su consentimiento expreso, salvo las excepciones previstas en la Ley.

FIRMA DEL TRABAJADOR

SI  
AUTORIZO



NO  
AUTORIZO

DEPARTAMENTO DE INCENDIOS

**(Hoja 2)**


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

Anexo 19

	GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental Subsecretaría de Administración Dirección de Administración de Personal																		
<b>CARTA DE AUTORIZACION PARA EL PAGO DE NOMINA</b> <b>VIA TARJETA DE DEBITO</b>																			
Formato DAP-06																			
<b>INSTITUCION BANCARIA</b>																			
<input type="checkbox"/> BANAMEX <input type="checkbox"/> SERFIN <input type="checkbox"/> BANORTE <input type="checkbox"/> BANCOMER <input type="checkbox"/> HSBC																			
<p><b>C.</b> <b>Presente:</b></p> <p>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.</p> <p>Para lo anterior le comunico lo siguiente:</p>																			
<b>DATOS LABORALES:</b>																			
<table style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2">NOMBRE COMPLETO: <input style="width: 90%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>DEPENDENCIA: <input style="width: 45%;" type="text"/></td> <td>RAMO: <input style="width: 45%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>No. DE EMPLEADO: <input style="width: 45%;" type="text"/></td> <td>C. U. R. P.: <input style="width: 45%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>FECHA DE INGRESO: <input style="width: 45%;" type="text"/></td> <td>R. F. C.: <input style="width: 45%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>AFIILIACION DEL I.M.S.S.: <input style="width: 45%;" type="text"/></td> <td>FECHA NACIMIENTO: <input style="width: 45%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>LUGAR DE NACIMIENTO: <input style="width: 45%;" type="text"/></td> <td>NACIONALIDAD: <input style="width: 45%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>SEXO: <input style="width: 45%;" type="text"/></td> <td>ESTADO CIVIL: <input style="width: 45%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>PUESTO ACTUAL: <input style="width: 45%;" type="text"/></td> <td>DELEGACION: <input style="width: 45%;" type="text"/></td> </tr> </table>				NOMBRE COMPLETO: <input style="width: 90%;" type="text"/>		DEPENDENCIA: <input style="width: 45%;" type="text"/>	RAMO: <input style="width: 45%;" type="text"/>	No. DE EMPLEADO: <input style="width: 45%;" type="text"/>	C. U. R. P.: <input style="width: 45%;" type="text"/>	FECHA DE INGRESO: <input style="width: 45%;" type="text"/>	R. F. C.: <input style="width: 45%;" type="text"/>	AFIILIACION DEL I.M.S.S.: <input style="width: 45%;" type="text"/>	FECHA NACIMIENTO: <input style="width: 45%;" type="text"/>	LUGAR DE NACIMIENTO: <input style="width: 45%;" type="text"/>	NACIONALIDAD: <input style="width: 45%;" type="text"/>	SEXO: <input style="width: 45%;" type="text"/>	ESTADO CIVIL: <input style="width: 45%;" type="text"/>	PUESTO ACTUAL: <input style="width: 45%;" type="text"/>	DELEGACION: <input style="width: 45%;" type="text"/>
NOMBRE COMPLETO: <input style="width: 90%;" type="text"/>																			
DEPENDENCIA: <input style="width: 45%;" type="text"/>	RAMO: <input style="width: 45%;" type="text"/>																		
No. DE EMPLEADO: <input style="width: 45%;" type="text"/>	C. U. R. P.: <input style="width: 45%;" type="text"/>																		
FECHA DE INGRESO: <input style="width: 45%;" type="text"/>	R. F. C.: <input style="width: 45%;" type="text"/>																		
AFIILIACION DEL I.M.S.S.: <input style="width: 45%;" type="text"/>	FECHA NACIMIENTO: <input style="width: 45%;" type="text"/>																		
LUGAR DE NACIMIENTO: <input style="width: 45%;" type="text"/>	NACIONALIDAD: <input style="width: 45%;" type="text"/>																		
SEXO: <input style="width: 45%;" type="text"/>	ESTADO CIVIL: <input style="width: 45%;" type="text"/>																		
PUESTO ACTUAL: <input style="width: 45%;" type="text"/>	DELEGACION: <input style="width: 45%;" type="text"/>																		
<b>DOMICILIO ACTUAL:</b>																			
CALLE Y NUMERO: <input style="width: 90%;" type="text"/> COLONIA: <input style="width: 90%;" type="text"/> CIUDAD O POBLACION: <input style="width: 90%;" type="text"/> MUNICIPIO Y ESTADO: <input style="width: 90%;" type="text"/> CODIGO POSTAL: <input style="width: 90%;" type="text"/> TELEFONO PARTICULAR: <input style="width: 45%;" type="text"/> TELEFONO OFICINA: <input style="width: 45%;" type="text"/>																			
<b>BENEFICIARIOS:</b>																			
NOMBRE COMPLETO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	PARENTESCO	PORCENTAJE															
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>															
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>															
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>															
<p><b>NOTA: ANEXAR FOTOCOPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR</b></p> <p style="text-align: center;">San Francisco de Campeche, Cam., a _____ de _____ de _____</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;"><b>FIRMA DE CONFORMIDAD</b></p>																			

**Formato  
Póliza de Seguro de Vida**

**Anexo 20**

 <b>Grupo Nacional Provincial, S.A.B.</b> <small>Av. Cerro de las Torres 395, Colonia Campestre Churubusco  C.P. 04200, México D.F. Tel. 5227 3999. www.gnp.com.mx</small>		Grupo	
<b>Consentimiento de Seguro de Vida</b> <small>Llene con letra de molde</small>		No. de Póliza	No. de Certificado
<b>Sección I. Datos del Contratante</b>			
Código Cliente	R.F.C.	Letras	Año Mes Día Homoclave Razón social
Domicilio (calle, No. y colonia)			
C.P.	Delegación o municipio		Estado y/o población Domicilio principal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Lada	Teléfono (1)	Ext.	Lada Teléfono (2) Ext. Lada Fax Ext.
<b>Sección II. Datos del Asegurado</b>			
Código Cliente	R.F.C.	Letras	Año Mes Día Homoclave Apellido Paterno Apellido Materno Nombre
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> UL	Fecha de nacimiento Día Mes Año	Fecha de ingreso al Grupo Día Mes Año CURP
Día Mes Año	Puesto u ocupación (detallar)		
Suma Asegurada o regla para determinar la Suma Asegurada			
Elija sólo una de las siguientes formas de pago de la Suma Asegurada			
<input type="checkbox"/> Administración en Fideicomiso (llenar reverso) Beneficiario: Fideicomiso GNP No. FI015-023-00(100%) <input type="checkbox"/> Pago Único. Beneficiarios:			
<b>Sección III. Beneficiarios</b>			
Nombre completo		Parentesco	% de Suma Asegurada
En caso de haber llenado esta parte, se tomarán estas personas como los Beneficiarios del Seguro, por lo que el Fideicomiso quedará nulo aún cuando se haya requisitado.			
<p><b>Advertencia:</b> 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.</p> <p>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 nombre Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo 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.</p>			
<p>Doy mi consentimiento para formar parte del Seguro de Grupo de Vida solicitado a GNP por el Grupo al que pertenezco y expresamente declaro que todo lo anteriormente expuesto es verídico y que gozo de buena salud y en este acto autorizo a los médicos y hospitales que me hayan asistido para que proporcionen a GNP todos los informes que se refieren a mi salud. Asimismo, manifiesto que conozco las Condiciones Generales y Particulares del Contrato de Seguro, las cuales me han sido proporcionadas en la fecha de firma de este Consentimiento.</p> <p>La Documentación Contractual y la Nota Técnica que integran este producto, están registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0043-0450-2006 de fecha 18 de Agosto 2006.</p>			
Lugar y Fecha			
Firma o sello del Contratante		Firma del Asegurado <small>(En caso de ser menor de edad, también deberá de firmar el Padre o Tutor)</small>	
FPC010167		www.gnp.com.mx 1/2	

**(Hoja 1)**

**Formato  
Póliza de Seguro de Vida**

Fideicomiso				
<b>Carta de adhesión al Fideicomiso GNP número FI015-023-00</b>				
El Asegurado (Fideicomitente por adhesión) instruye a GNP (Fiduciario) para que las cantidades que sean pagadas por la Póliza de Seguro de este consentimiento ingresen a este Fideicomiso y sean entregadas a los Beneficiarios (Fideicomisarios) que designa de acuerdo a la cobertura y condiciones que la			póliza establece, mientras exista saldo en su fondo. <b>En caso de incapacidad temporal o permanente de algún Beneficiario para recibir el pago, el Fideicomisario contingente lo recibirá mientras dure la incapacidad.</b>	
Designación de Beneficiarios			Distribución del Fondo a cada Beneficiario	
Nombre y apellidos de los Beneficiarios	Parentesco con el Asegurado	% de la Suma Asegurada	Para pago de rentas mensuales	
			Deseo que Mensualmente se pague la cantidad de:	Entregar pago único en la fecha indicada a continuación:
<b>Beneficiarios para la Cobertura por Fallecimiento</b>			Durante los años que indico a continuación:	
		%		
		%		
		%		
		%		
		%		
La suma de los porcentajes debe ser:		100%		
<b>Beneficiario para la Cobertura por Invalidez</b>				
<b>El propio Asegurado</b>	<b>Mismo</b>	<b>100%</b>		
Si algún Beneficiario fallece su parte se distribuirá proporcionalmente entre los sobrevivientes, con base a los % señalados por el Asegurado. Si al concluir el plazo de pago de rentas mensuales existe remanente en el			fondo del Beneficiario, éste se le entregará en una sola exhibición. Las cantidades expresadas anteriormente se actualizan en enero de cada año con la inflación registrada para el año anterior.	
<b>El Asegurado nombra al siguiente Fideicomisario contingente y a sus suplentes, para recibir los pagos que correspondan a los Beneficiarios</b>			<b>mientras sean menores de edad o se encuentren en estado de incapacidad para recibir el pago.</b>	
Nombre y apellidos		Teléfono	Domicilio	
Representante Legal	O,			
Suplente 1	O,			
Suplente 2				
Observaciones				
<p>El Asegurado podrá actualizar estas instrucciones en cualquier momento, por conducto del Contratante; a su fallecimiento serán irrevocables.</p> <p>En caso de contar con otras Pólizas de Seguro de Vida vigentes, aún cuando éstas sean de otras aseguradoras y desee que las Sumas Aseguradas sean aportadas al presente Fideicomiso, le solicitamos anexar para cada una de ellas lo siguiente:</p> <p>a) Copia fotostática de la Carátula o Certificado. b) Endoso que modifique la designación original de Beneficiarios, con la siguiente declaración:</p> <p>*La Suma Asegurada será aportada al Fideicomiso FI015-023-00, constituido en Grupo Nacional Provincial, S.A.B. y se pagará a mis Beneficiarios de acuerdo a las condiciones de ese Contrato de Fideicomiso y a mi Carta de Adhesión correspondiente.*</p>				
<p>Lugar y Fecha</p> <p>Nombre y firma del asegurado (Fideicomitente por adhesión)</p>				

FPC010167


www.gnp.com.mx

2/2

**(Hoja 2)**

Formato DAP-07  
Carta Compromiso de Compatibilidad de Empleo

Anexo 21



FORMATO DAP-07

SECRETARIA DE ADMINISTRACION E INNOVACION GUBERNAMENTAL  
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACION  
DIRECCION DE ADMINISTRACION DE PERSONAL

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 53 fracción XII de la Ley Reglamentaria del Capítulo XVII de la Constitución Política del Estado de Campeche, que a la letra dice ***“Abstenerse de desempeñar algún otro empleo, cargo o comisión oficial o particular que la ley le prohíba, así como aquellos que no sean compatibles. 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 sí y se cumplan los requisitos y perfiles del o los puestos a desempeñar”,*** y artículo 38 fracción I de las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Campeche que a la letra dice ***“Aceptar y desempeñar algún puesto, cargo, comisión oficial o particular cuando sea incompatible con las funciones y jornada que tiene asignada”.***

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



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

Anexo 22

	<b>GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE</b> Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental Subsecretaría de Administración Dirección de Administración de Personal	 <b>SAIG</b> GOBIERNO DEL ESTADO CAMPECHE 2015-2021 Formato DAP-08
<b>AVISO DE RESPONSIVA DE ACREDITACION ANTE EL INFONAVIT</b>		
<b>VIVIENDA</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>No. De Crédito</b>		
<p>Por este conducto informo al Gobierno del Estado de Campeche, que a partir de mi ingreso al servicio del Gobierno del Estado de Campeche, en el caso de contar con un crédito de vivienda otorgado por el INFONAVIT, conforme a lo requisitado en el recuadro señalado, se realice el descuento correspondiente de mi salario 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.</p>		
<b>NOMBRE:</b>		
<b>DOMICILIO:</b>		
<b>TELEFONO:</b>		
<hr/>		
<b>Firma de Conformidad del Trabajador</b>		
San Francisco de Campeche, Cam., a      de      de      .		

**Formato DAP-09  
Solicitud de Pagos Pendientes**

Anexo 23

	<p>GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental Subsecretaría de Administración Dirección de Administración de Personal</p>			
<p><b>"SOLICITUD DE PAGOS PENDIENTES"</b></p>		<p>Formato DAP-09</p>		
<p>OFICIO No. _____ (1)</p>				
<p>FECHA _____ (2)</p>				
<p>DEPENDENCIA _____ (4)</p>				
<p>(3) SECRETARIO DE ADMON. E INOV. GUB. <b>P R E S E N T E</b></p>				
<p>SOLICITO A USTED SE SIRVA TRAMITAR EL PAGO DEL PERSONAL QUE A CONTINUACION SE DETALLA:</p>				
ESTRUCTURA PROGRAMATICA	NUMERO DEL EMPLEADO	NOMBRE	NIVEL	CONCEPTO
(5)	(6)	(7)	(8)	(10)
<p>ELABORO</p> <p>(9)</p>		<p>Vo. Bo.</p> <p>(11)</p>		<p>AUTORIZO</p>
<p>_____</p>		<p>_____</p>		<p>_____</p>
<p>TITULAR DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD</p>		<p>DIRECTOR DE ADMON. DE PERSONAL</p>		
<p>Original: EXPEDIENTE PERSONAL C.c.p.: DEPENDENCIA</p>				

**Formato DAP-09**  
**Solicitud de Pagos Pendientes**

**Instructivo**

**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 trabajador:** Deberá firmar el trabajador.
- 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 2014).
  - 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 Suplencias**

Anexo 23- A

	GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental Subsecretaría de Administración Dirección de Administración de Personal												
<b>"SOLICITUD DE PAGOS POR SUPLENCIA"</b>		Formato DAP-09											
		OFICIO No. _____ (1)											
		FECHA _____ (2)											
		DEPENDENCIA _____ (3)											
(4) SECRETARIO DE ADMON. E INOV. GUB. <b>P R E S E N T E</b>													
SOLICITO A USTED SE SIRVA TRAMITAR EL PAGO DEL PERSONAL QUE A CONTINUACION SE DETALLA:													
ESTRUCTURA PROGRAMATICA	NUMERO DEL EMPLEADO	NOMBRE	NIVEL	CONCEPTO									
(5)	(6)	(7)	(8)	(9-12)									
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">ELABORO</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Vo. Bo.</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">AUTORIZO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">(13) _____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">TITULAR DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD</td> <td style="text-align: center;">DIRECTOR DE ADMON. DE PERSONAL</td> </tr> </table>					ELABORO	Vo. Bo.	AUTORIZO	_____	(13) _____	_____		TITULAR DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD	DIRECTOR DE ADMON. DE PERSONAL
ELABORO	Vo. Bo.	AUTORIZO											
_____	(13) _____	_____											
	TITULAR DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD	DIRECTOR DE ADMON. DE PERSONAL											
Original: EXPEDIENTE PERSONAL C.c.p.: DEPENDENCIA													

**Formato DAP-09 A**  
**Solicitud de Pagos de Suplencias**

**Instructivo**

**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 24

	<p><b>SAIG</b> GOBIERNO DEL ESTADO CAMPECHE 2015-2021</p> <p>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. 27360</p>					
<p>"2015, Año de José María Morelos y Pavón"</p>						
<p style="text-align: right;">Formato DAP-10</p>						
<p>FECHA DE ELABORACIÓN: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">  </span></p> <p style="text-align: right;">DÍA    MES    AÑO</p>						
<p>SOLICITUD NUMERO: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 20px;"> </span></p>						
<p>ACT. DIANA EUGENIA LARA GAMBOA DIRECTORA GENERAL DEL ISSSTECAM</p>						
<p>CURP: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 40px;"> </span></p> <p>R.F.C.: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 40px;"> </span></p>						
<p>DE CONFORMIDAD CON EL ART. 58, 59, 60 Y 62 DE LA LEY DEL ISSSTECAM, ME PERMITO ENVIARLE, PARA SU ESTUDIO Y RESOLUCION CORRESPONDIENTE, LA DOCUMENTACION RELATIVA A LA PENSIÓN POR:</p>						
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 45%;"> <p>NOMBRE (S) _____</p> <p>PUESTO VIGENTE    O    ULTIMO _____</p> <p>INIFEEC _____</p> <p>DEPENDENCIA O ENTIDAD _____</p> <p>FECHA PROBABLE DE LA BAJA _____</p> <p>DOMICILIO _____</p> <p>CALLE _____ NUM. _____ COLONIA _____</p> <p>ESTADO CIVIL:            SOLTERO (A) _____</p> <p>UNION LIBRE _____ CASADO _____ VIUDO (A) _____</p> <p>DEPENDIENTES ECONOMICOS:</p> <p>NOMBRE: _____ APELLIDOS _____ OCUPACION _____</p> </td> <td style="width: 55%;"> <p>APELLIDO (S) _____</p> <p>SUELDO MENSUAL _____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">RAMO</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">UNIDAD PRESUP.</td> </tr> </table> <p>CORREO ELECTRONICO: _____</p> <p>TELEFONO _____</p> <p>DIVORCIADO (A) _____</p> </td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">Vo.    Bo.</p>			<p>NOMBRE (S) _____</p> <p>PUESTO VIGENTE    O    ULTIMO _____</p> <p>INIFEEC _____</p> <p>DEPENDENCIA O ENTIDAD _____</p> <p>FECHA PROBABLE DE LA BAJA _____</p> <p>DOMICILIO _____</p> <p>CALLE _____ NUM. _____ COLONIA _____</p> <p>ESTADO CIVIL:            SOLTERO (A) _____</p> <p>UNION LIBRE _____ CASADO _____ VIUDO (A) _____</p> <p>DEPENDIENTES ECONOMICOS:</p> <p>NOMBRE: _____ APELLIDOS _____ OCUPACION _____</p>	<p>APELLIDO (S) _____</p> <p>SUELDO MENSUAL _____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">RAMO</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">UNIDAD PRESUP.</td> </tr> </table> <p>CORREO ELECTRONICO: _____</p> <p>TELEFONO _____</p> <p>DIVORCIADO (A) _____</p>	RAMO	UNIDAD PRESUP.
<p>NOMBRE (S) _____</p> <p>PUESTO VIGENTE    O    ULTIMO _____</p> <p>INIFEEC _____</p> <p>DEPENDENCIA O ENTIDAD _____</p> <p>FECHA PROBABLE DE LA BAJA _____</p> <p>DOMICILIO _____</p> <p>CALLE _____ NUM. _____ COLONIA _____</p> <p>ESTADO CIVIL:            SOLTERO (A) _____</p> <p>UNION LIBRE _____ CASADO _____ VIUDO (A) _____</p> <p>DEPENDIENTES ECONOMICOS:</p> <p>NOMBRE: _____ APELLIDOS _____ OCUPACION _____</p>	<p>APELLIDO (S) _____</p> <p>SUELDO MENSUAL _____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">RAMO</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">UNIDAD PRESUP.</td> </tr> </table> <p>CORREO ELECTRONICO: _____</p> <p>TELEFONO _____</p> <p>DIVORCIADO (A) _____</p>	RAMO	UNIDAD PRESUP.			
RAMO	UNIDAD PRESUP.					
<p>_____ FIRMA DEL SOLICITANTE</p>						
<p>ORIGINAL.- ISSSTECAM</p> <p>C.c.p.- Expediente.</p> <p>C.c.p.- Minutario.</p> <p>C.c.p.- Interesado</p>						
<p><b>AUTORIZO:</b></p> <p><b>DIRECCION DE ADMINISTRACION DE PERSONAL</b></p>						

**Formato DAP-11**  
**Solicitud para Periodo de Lactancia**

Anexo 25



GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE  
Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental  
Subsecretaría de Administración  
Dirección de Administración de Personal



**SOLICITUD PARA PERIODO DE LACTANCIA**

Formato DAP-11

San Francisco de Campeche, Cam., a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

C.

**PRESENTE.**

Con fundamento en el párrafo segundo del artículo 27 de la Ley de los Trabajadores al Servicio del Gobierno del Estado de Campeche y último párrafo de artículo 43 de las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Campeche, por este medio me permito solicitar a usted mi periodo 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 periodo de lactancia utilizaré una hora al inicio \_\_\_\_ o al término \_\_\_\_ de mi jornada de trabajo, por lo que cubriré un horario de labores de las \_\_\_\_ a las \_\_\_\_ horas.

Sin otro particular, le envío un cordial saludo.

Atentamente

C. \_\_\_\_\_  
(Nombre y Firma)

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


C.c.p.- La Dirección de Administración de Personal de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental del Gobierno del Estado

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.

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

Anexo 26

 <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> <b>DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS</b>  <b>AVISO DE ATENCION MEDICA INICIAL Y CALIFICACION DE PROBABLE RIESGO DE TRABAJO ST-7</b>		<b>DATOS DEL PATRON PARA VERIFICACION Y CERTIFICACION DE VIGENCIA DE DERECHO:</b>													
		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															
<b>PARA SER LLENADO POR LOS SERVICIOS DE ATENCION MEDICA</b>															
6) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL				7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)				8) IDENTIFICACION OFICIAL (ESPECIFICAR)							
9) CURP															
10) EDAD (AÑOS)		11) SEXO		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				19) FECHA Y HORA DE LA CONSULTA			
								DIA MES AÑO HORA				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)												OTROS: DESCRIPCION			
INTOXICACION ALCOHOLICA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> INTOXICACION POR ENERVANTES SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>												SI EXISTE EVIDENCIA DE QUE SE PROVOCO LAS LESIONES INTENCIONALMENTE ESPECIFIQUE			
25) OTRAS CONDICIONES															
HUBO RIÑA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> EXISTE EVIDENCIA DE SIMULACION SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>															
26) ATENCION MEDICA PREVIA EXTRAINSTITUCIONAL, ESPECIFIQUE															
27) INCAPACIDAD INICIAL		AMERITA INCAPACIDAD		FECHA DE INICIO				No. DE FOLIO				Nº DE DIAS AUTORIZADOS		28) SE ENVIA PACIENTE AL SERVICIO DE	
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		DIA MES AÑO											
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		5) TELEFONO (LADA)			
6) CORREO ELECTRONICO		7) NOMBRE DEL TRABAJADOR			
8) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL		9) DOMICILIO: CALLE Y NUMERO			
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	
18) FECHA Y HORA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD		19) FECHA Y HORA EN QUE EL TRABAJADOR SUSPENDIÓ LABORES A CAUSA DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD		20) CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE	
EN LA EMPRESA <input type="checkbox"/>		EN UNA COMISION <input type="checkbox"/>		EN TRAYECTO A SU TRABAJO <input type="checkbox"/>	
EN TRAYECTO A SU DOMICILIO <input type="checkbox"/>		TRABAJANDO TIEMPO EXTRA <input type="checkbox"/>		21) DESCRIPCION PRECISA DE LA FORMA, SITIO O AREA DE TRABAJO EN QUE OCURRIÓ 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 TOMÓ CONOCIMIENTO INICIAL DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD		23) FECHA Y HORA DE COMUNICACION DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD		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(S), 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	
38) DELEGACION		39) SE ACEPTA COMO ACCIDENTE DE TRABAJO		40) SE ACEPTA COMO ACCIDENTE DE TRAYECTO	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		41) SE ACEPTA COMO ENFERMEDAD DE TRABAJO	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		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-2**  
**Dictamen de Alta por Riesgo de Trabajo**

Anexo 27

 <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS COORDINACION DE SALUD EN EL TRABAJO		DICTAMEN DE ALTA POR RIESGO DE TRABAJO ST-2	
<b>DATOS DEL ASEGURADO</b>			
1) APELLIDOS PATERNO, MATERNO Y NOMBRE		2) NUMERO DE AFILIACION	
3) CURP			
4) MATRICULA		5) CLAVE PRESUPUESTAL DE UNIDAD DE ADSCRIPCION	
<b>DATOS DE LA EMPRESA</b>			
6) NOMBRE O RAZON SOCIAL		7) REGISTRO PATRONAL	
<b>DATOS DEL RIESGO DE TRABAJO</b>			
8) TIPO DE RIESGO		9) FECHA DE ACCIDENTE O DE RECLAMACION DE LA ENFERMEDAD DE TRABAJO	
<input type="checkbox"/> ACCIDENTE DE TRABAJO <input type="checkbox"/> ACCIDENTE EN TRAYECTO <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE TRABAJO		DIA   MES   AÑO DIA   MES   AÑO	
INCAPACIDAD PERMANENTE   SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> MARCAR SOLO POR SALUD EN EL TRABAJO		10) INICIO DE LABORES	
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	
SERVICIO DE SALUD EN EL TRABAJO		FIRMA DEL MEDICO	
ST-2/97			

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

Anexo 28



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

ST-3

1) FOLIO NO. \_\_\_\_\_

**DICTAMEN DE INCAPACIDAD PERMANENTE O DE DEFUNCION POR RIESGO DE TRABAJO**

**DATOS DEL ASEGURADO**

2) APELLIDOS PATERNO, MATERNO, NOMBRE (S)			3) NUMERO DE AFILIACION		
4) CURP			5) SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		
7) MATRICULA			6) IDENTIFICACION OFICIAL		
8) CLAVE PRESUPUESTAL DE UNIDAD DE ADSCRIPCION		9) OCUPACION		10) TELEFONO	
11) DOMICILIO, CALLE		NUMERO		CIUDAD Y ESTADO	

**DATOS DEL PATRON O DE LA EMPRESA**

12) NOMBRE O RAZON SOCIAL			13) REGISTRO PATRONAL		
14) DOMICILIO, CALLE			CIUDAD Y ESTADO		

**DICTAMEN**

15) INICIAL ☐ 16) CAPITAL CONSTITUTIVO ☐ 17) REEVALUACION ☐

18) LAUDO/CONVENIO ☐ NO. EXP. LAB. \_\_\_\_\_ FECHA LAUDO/CONVENIO \_\_\_\_\_

TIPO DE DICTAMEN		TIPO DE RIESGO		22) ACCIDENTE EN TRAYECTO		23) ENFERMEDAD DE TRABAJO	
19) INCAPACIDAD PERMANENTE <input type="checkbox"/>		20) DEFUNCION <input type="checkbox"/>		21) ACCIDENTE DE TRABAJO <input type="checkbox"/>			
CARACTER DEL DICTAMEN		26) FECHA DEL ACCIDENTE O DE LA RECLAMACION DE LA ENFERMEDAD DE TRABAJO		27) FECHA DE LA DEFUNCION			
24) PROVISIONAL <input type="checkbox"/> 25) DEFINITIVO <input type="checkbox"/>		DIA		MES		AÑO	
		HORA		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

SE SUGIERE 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 REEVALUACION		DIA		MES		AÑO	

35) LUGAR Y FECHA \_\_\_\_\_ UNIDAD MEDICA \_\_\_\_\_

36) DELEGACION \_\_\_\_\_

37) NOMBRE, FIRMA Y MATRICULA DEL MEDICO QUE ELABORO EL DICTAMEN \_\_\_\_\_ MATRICULA \_\_\_\_\_

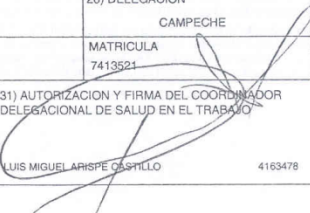
38) APROBACION DEL COORDINADOR CLINICO DE SALUD EN EL TRABAJO \_\_\_\_\_ 39) APROBACION DEL JEFE DE LA DIST \_\_\_\_\_ 40) AUTORIZACION DEL COORDINADOR DELEGACIONAL DE SALUD EN EL TRABAJO \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE CLINICO \_\_\_\_\_

(Hoja 1)

 <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> DIRECCION DE PRESTACIONES ECONOMICAS COORDINACION DE SALUD EN EL TRABAJO		1) No Folio: 304080011	
08/08/2008		<b>DICTAMEN DE INCAPACIDAD PERMANENTE O DE DEFUNCION POR RIESGO DE TRABAJO ST-3</b>	
<b>DATOS DEL ASEGURADO</b>			
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 DESCRIPCION LABORAL 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			
<b>DATOS DEL PATRON O DE LA EMPRESA</b>			
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			
<b>DICTAMEN: INICIAL</b>			
TIPO DE DICTAMEN <input type="checkbox"/> 10) INCAPACIDAD PERMANENTE <input checked="" type="checkbox"/> 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 seyya, 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-escarega, 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 medicos peritos con DX. DE TRAUMATISMO CRANEENCEFALICO Y TORACICO GRADO IV POR CONTUSION INDIRECTA.			
<div style="text-align: right;">  <b>DELEGACION CAMPECHE</b>  <b>SUBDELEGACION CAMPECHE</b>          08 AGO. 2008  <b>RECIBIDO</b>          DEPARTAMENTO       </div>			


(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 -									
<table border="0"> <tr> <td>TRATAMIENTO QUIRURGICO</td> <td>NO</td> <td>SE OTORGO PROTESIS</td> <td>NO</td> <td>SE OTORGO ORTESIS</td> <td>NO</td> </tr> </table>				TRATAMIENTO QUIRURGICO	NO	SE OTORGO PROTESIS	NO	SE OTORGO ORTESIS	NO
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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>									
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 comision 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 29

 <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b> DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS COORDINACION DE SALUD EN EL TRABAJO		1) FOLIO							
		DICTAMEN DE INVALIDEZ ST-4							
<b>DATOS DEL PATRON O DE LA EMPRESA</b>									
2) NOMBRE O RAZON SOCIAL		3) REGISTRO PATRONAL IMSS							
4) DOMICILIO, CALLE, NUMERO Y COLONIA		5) ACTIVIDAD O GIRO							
CIUDAD	CODIGO POSTAL	ESTADO							
<b>DATOS DEL ASEGURADO</b>									
6) SE IDENTIFICA CON:		8) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL							
7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (S)		9) CURP							
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							
<b>TIPO DE DICTAMEN</b>									
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						
<b>RESUMEN DE HISTORIA CLINICA</b>									
23) DESCRIPCION DEL PADECIMIENTO ACTUAL Y EXPLORACION FISICA QUE FUNDAMENTE EL ESTADO DE INVALIDEZ		FECHA PROBABLE DE INICIO DEL PADECIMIENTO	<table border="1"> <tr> <td>DIA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	DIA	MES	AÑO			
DIA	MES	AÑO							
<div style="height: 150px; border: 1px solid black;"></div>									
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	
	38) NOMBRE DEL ASEGURADO				NO. DE SEGURIDAD SOCIAL								
D I C T A M E N	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				PORCENTAJE DE PERDIDA DE LA CAPACIDAD PARA EL TRABAJO				
	45) FECHA DE ELABORACION				DIA		MES		AÑO		46) DELEGACION		
											47) UNIDAD MEDICA		
48) RESPONSABLES NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MEDICO QUE ELABORO EL DICTAMEN													
MATRICULA													
49) APROBACION DEL COORDINADOR CLINICO DE SALUD EN EL TRABAJO				50) APROBACION DEL JEFE DE LA DIVISION DE SALUD EN EL TRABAJO				51) APROBACION DEL COORDINADOR DELEGACIONAL DE SALUD EN EL TRABAJO					
52) EL CARACTER DE LA INVALIDEZ													
TEMPORAL				FECHA DE REEVALUACION				DIA		MES		AÑO	
												DEFINITIVO	

(Hoja 2)

**Formato  
Primer Periodo Vacacional 2016**

Anexo 30



**SECRETARIA DE ADMINISTRACION E INNOVACION GUBERNAMENTAL  
DIRECCION DE ADMINISTRACION DE PERSONAL  
PRIMER PERIODO VACACIONAL 2016**



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

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

Formato DAP-12  
Aviso de Cambio de Número de Tarjeta

Anexo 31

GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE			
Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental			
Subsecretaría de Administración			
Dirección de Administración de Personal			
			
Formato DAP-12			
AVISO DE CAMBIO DE NUMERO DE TARJETA			
INSTITUCION BANCARIA			
BANAMEX	SANTANDER	BANCOMER	HSBC
Campeche, Cam., a ____ de ____ de ____			
C.P. MIGUEL GUILLERMO ZANOQUERA CANTO		NO. EMPLEADC _____	
Director de Administración de Personal de la		PARTIDA: _____	
Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental		QUINCENA EN QUE SE APLICA _____	
Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Campeche.			
P R E S E N T E .			
Por este medio, le comunico el nuevo número de tarjeta de pago a efectos de realizar el depósito de mis percepciones correspondientes:			
Nombre Completo	<input type="text"/>		
No. de empleado	<input type="text"/>		
Dependencia de Adscripción	<input type="text"/>		
No. de tarjeta <u>Cancelada y/o Extraviada</u>	<input type="text"/>		
Número de tarjeta actual para depósito	<input type="text"/>		
Número de Cuenta actual para depósito	<input type="text"/>		
*ANEXAR COPIA DE CREDENCIAL VIGENTE			
Atentamente			
C. _____			
(Firma)			

**Formato DAP-13**  
**Autorización para Laborar Horas Extraordinarias**

Anexo 32



**GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE**  
*Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental*  
*Subsecretaría de Administración*  
*Dirección de Administración de Personal*



Formato DAP-13

**AUTORIZACIÓN PARA LABORAR HORAS EXTRAORDINARIAS**

SE AUTORIZA AL C. : (1)		NO. DE EMPLEADO (2)
DE LA DEPENDENCIA: (3)	UNIDAD: (4)	
A TRABAJAR LOS DIAS: (5)	COMENZANDO A LAS: (6)	NÚMERO DE HORAS EXTRAS (7)
<b>NO SE AUTORIZA EL PAGO DEL TIEMPO EXTRA, SI ESTE FORMATO NO ES ENTREGADO A LA DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL</b>		

**TRABAJO A REALIZAR**

(9)

NUMERO (8)	OPERATIVO	ADMINISTRATIVO	OTROS
DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO (10)			

**CAUSAS POR LAS QUE PROLONGA LA JORNADA ORDINARIA:**

(11)		
SOLICITADO POR: (12) Nombre y Cargo	AUTORIZADO POR: (13) Nombre y Cargo	FECHA (14)

**Formato DAP-13**  
**Autorización para Laborar Horas Extraordinarias**

**Instructivo**

**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 33

	<b>GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE</b> <b>SECRETARIA DE ADMINISTRACION E INNOVACION GUBERNAMENTAL</b> <b>SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACION</b> <b>DIRECCION DE ADMINISTRACION DE PERSONAL</b>	 <b>SAIG</b> GOBIERNO DEL ESTADO CAMPECHE 2015-2020 Formato DAP-14									
<b>REPORTE DE HORAS EXTRAS</b> CORRESPONDIENTE AL MES DE _____ DE _____ (1)											
<b>TIEMPO EXTRA LABORADO</b>											
<b>DIA</b>	<b>SEMANA 1</b>		<b>SEMANA 2</b>		<b>SEMANA 3</b>		<b>SEMANA 4</b>		<b>SEMANA 5</b>		
	DIA	HRS. LAB.	DIA	HRS. LAB.	DIA	HRS.	DIA	HRS.	DIA	HRS.	
LUNES											
MARTES											
MIERCOLES					(2)						
JUEVES											
VIERNES											
SABADO											
DOMINGO											
<b>TOTAL HORAS</b>											
NOMBRE DEL TRABAJADOR:		(3)									
NO. DE EMPLEADO		(4)									
DEPENDENCIA		(5)									
UNIDAD		(6)									
TOTAL HORAS EXTRAS:		(7)									
ELABORO  (8)  NOMBRE Y FIRMA			INTERESADO  (9)  NOMBRE Y FIRMA			EL QUE SUSCRIBE HACE CONSTAR QUE LOS DATOS REGISTRADOS EN EL PRESENTE, CONCUERDAN CON EL REGISTRO ORIGINAL DE ASISTENCIA  (10)  NOMBRE Y FIRMA					

**Formato DAP-14**  
**Reporte de Horas Extras**

**Instructivo**

**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 cuadros, 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 34

		GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental Subsecretaría de Administración Dirección de Administración de Personal					
<b>"SOLICITUD DE PAGOS DE HORAS EXTRAS"</b>							Formato DAP-15
NUM. DE EMPLEADO	NOMBRE	NIVEL	NÚMERO SEMANAL DE		ACTIVIDAD DESARROLLADA DURANTE ESE TIEMPO	JUSTIFICACIÓN	
			HORAS*	DIAS *			
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	
ÁREA SOLICITANTE		Vo. Bo. DEL TITULAR		Vo. Bo. DEL TITULAR		AUTORIZÓ	
<hr/>		<hr/>		<hr/> ING. GUSTAVO MANUEL ORTIZ GONZÁLEZ SECRETARIO DE ADMÓN. E INNOVACION GUBERNAMENTAL		<hr/> DIRECTOR DE ADMINISTRACION DE PERSONAL	
<p>*Nota: Estos pagos deberán ajustarse a lo dispuesto en el artículo 25 de la Ley de los Trabajadores al Servicio del Gobierno del Estado de Campeche, no se pagarán los tiempos extraordinarios que excedan de 3 horas diarias, ni de tres veces en una semana</p> <p>Original: EXPEDIENTE PERSONAL                  C.c.p.: DEPENDENCIA</p>							

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

**Instructivo**

**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 servicios 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 35



Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental  
Subsecretaría de Administración  
Dirección de Administración de Personal



**"SOLICITUD DE CORRECCION DE DATOS EN NOMINA"**

Formato DAP-16

(1) ING. GUSTAVO MANUEL ORTIZ GONZÁLEZ  
SECRETARIO DE ADMINISTRACIÓN  
P R E S E N T E .

RAMO: \_\_\_\_\_

DEPENDENCIA: \_\_\_\_\_ (2)

OFICIO: \_\_\_\_\_ (3)      FECHA: \_\_\_\_\_ (4)

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

ESTRUCTURA PROGRAMATICA	NÚMERO DEL EMPLEADO	NOMBRE	NIVEL	DATOS A MODIFICAR	INCORRECTO	CORRECTO
(5)	(6)	(7) (8)	(9)	(10)	(11)	(12)

ELABORO

LIC. ALEJANDRO HERRERA GONZALEZ  
SUBDIRECTOR DE CONTOL DE PERSONAL

AUTORIZO

C. P. MIGUEL GUILLERMO ZANOQUERA CANTO  
DIRECTOR DE ADMINISTRACION PERSONAL

(13)

**Formato DAP-16**  
**Solicitud de Corrección de Datos en Nómina**

**Instructivo**

**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.:** 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 36

	<b>GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE</b> <b>SECRETARIA DE ADMINISTRACION E INNOVACION GUBERNAMENTAL</b> <b>SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACION</b> <b>DIRECCION DE ADMINISTRACION DE PERSONAL</b>	 <b>SAIG</b> <small>GOBIERNO DEL ESTADO CAMPECHE 2015-2021</small>
		<b>Formato DAP-17</b>
 <b>SOLICITUD DE EXPEDICION DE CONSTANCIAS</b>  		
San Francisco de Campeche, Camp., a _____ de _____ de _____.		
Director de Administración de Personal.		
<b>PRESENTE.-</b>		
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.		
<b>ATENTAMENTE</b>		
_____ NOMBRE, FIRMA Y DEPENDENCIA		

Formato DAP-18  
Pase de Salida

Anexo 37

		GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE			
		Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental			
		Subsecretaría de Administración			
		Dirección de Administración de Personal		Formato DAP-18	
PASE DE:		(1) SALIDA <input type="checkbox"/>		ENTRADA <input type="checkbox"/>	
				No. (2) _____	
San Francisco de Campeche, Camp.,		de		de (3) _____	
Se hace constar que el C. (4) _____				RELOJ CHECADOR (17)	
Permanecerá ausente de (5) _____				SALIDA	
Tiempo aproximado (6) _____		A partir de las (7) _____			
Para ocurrir a (8) _____					
Con objeto de (9) _____					
Categoría (10) _____		No. de Empleado (11) _____		ENTRADA	
No. de Tarjeta (12) _____		Horario (13) _____			
Salió (14) _____ Hrs.		Regresó (15) _____ Hrs.			
		Tiempo (16) _____			
_____ Firma del Interesado		(18)		_____ Nombre y Firma del Jefe Inmediato	
C.c.p.- Coordinador Administrativo					

## Formato DAP-18

### Pase de Salida

#### Instructivo

**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.

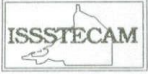
**17. Reloj Checador:** Checar el pase según justificación:

- 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.

**Formato  
Forma de Alta (ISSSTECAM)**

Anexo 38



**ISSSTECAM**

**Departamento de Afiliación y Vigencia de Derechos**  
**Forma de Alta**

1. Afiliación del trabajador:

**2. Datos Personales:**

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Apellido Paterno      Apellido Materno      Nombre(s)

Lugar y Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**3. Domicilio y Teléfono:**

Calle y Número: \_\_\_\_\_ Colonia: \_\_\_\_\_

Municipio y Entidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

4. Adscripción:

5. No. de Empleado:

6. Ocupación:

7. Número de Afiliación al IMSS o ISSSTE: \_\_\_\_\_

8. Sueldo Base Mensual: \_\_\_\_\_

9. Fecha de Ingreso al Trabajo: \_\_\_\_\_

10. Fecha y Hora de Recepción de este Aviso en el Instituto: \_\_\_\_\_

.....

11. Firma del Representante  
de la Entidad Pública

.....

12. Firma del Trabajador

ISSSTECAM

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

**13. Dependientes Económicos**



Esposa o Concubina e hijos menores de 18 años

Apellidos Paterno Materno y Nombre	Sexo	Parentesco	Año	Mes

Nota : Para recibir las prestaciones que otorga la Ley, deberán acreditar su relación de parentesco con el Trabajador.

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

Anexo 39

 <div style="text-align: center;"> GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE  Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental  Subsecretaría de Administración  Dirección de Administración de Personal </div> <div style="text-align: right;">   SAIG  GOBIERNO DEL ESTADO  CAMPECHE 2015-2021 </div>			
<b>REPORTE DE PERSONAL CON DERECHO A ESTIMULO POR PUNTUALIDAD Y ASISTENCIA</b> Formato DAP-19			
DEPENDENCIA: (1)		MES: (2)	
NO. DE EMPLEADO	NOMBRE	UNIDAD PRESUPUESTAL	NO. DE QNAS. A PAGAR
(3)	(4)	(5)	(6)
ELABORO		Vo. Bo. (7)	AUTORIZO
_____ COORDINADOR ADMINISTRATIVO		_____ TITULAR DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD	_____ DIRECTOR DE ADMINISTRACION DE PERSONAL
Original: EXPEDIENTE PERSONAL C.c.p. MINUTARIO C.c.p.: DEPENDENCIA			

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

**Instructivo**

**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 cuadros, 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.

Formato DAP-20  
Solicitud de Estímulo por Superación Académica

Anexo 40

		GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE			
		Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental		GOBIERNO DEL ESTADO CAMPECHE 2015-2021	
		Subsecretaría de Administración			
		Dirección de Administración de Personal		Formato DAP-20	
<b>SOLICITUD DE ESTIMULO POR SUPERACION ACADEMICA</b>					
C. (1)		No. de Oficio:		(2)	
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACION		Fecha:		(3)	
P R E S E N T E :					
Por este conducto solicito a Usted a bien gestionar ante quien corresponda la autorización para efectuar pago de Estímulo por Superación Académica a favor del personal que a continuación se detalla:					
Dependencia o Entidad:		(4)			
Area de Trabajo:		(5)			
Nombre del Empleado:		(6)			
Puesto que Ocupa:		(7)	Nivel de Puesto:	(8)	
Número de Empleado:		(9)	C.U.R.P.	(10)	
Señale el Nivel de Estudios Terminado:					
EDUCACION BASICA:		(11)			
Primaria y Secundaria \$1,200.00 <input type="checkbox"/>		Licenciatura Titulado \$1,900.00 <input type="checkbox"/>			
Preparatoria \$1,300.00 <input type="checkbox"/>		Titulación a través de Maestría \$2,500.00 <input type="checkbox"/>			
Documentos oficiales que acreditan los estudios cursados:					
(12)					
Elaboró		Vo. Bo.		Autorizó	
		(13)			
AREA ADMINISTRATIVA		TITULAR DE LA SECRETARIA		DIRECCION DE ADMINISTRACION DE PER DE LA SRIA. DE ADMINISTRACION E INNO GUBERNAMENTAL	
C.c.p.- Expediente					
C.c.p.- Interesado					

**Formato DAP-20**  
**Solicitud de Estímulo por Superación Académica**

**Instructivo**

**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 41

RESUMEN EXPEDIENTE DE PERSONAL		NUMERO		ULTIMA ACTUALIZACION		NUMERO DE CONSTANCIA		
<b>GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE</b> SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL <b>ACTUALIZACIÓN DE CÉDULA DE DATOS</b>								
 								
Formato DAP- 21								
<b>1.0 DATOS LABORALES</b>				<b>1.0 NOMBRE DEL EMPLEADO</b>				
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)				
2.0 PUESTO/CARGO DE:				2.1 NIVEL		2.2 CLAVE		
3.0 ADSCRITO	3.1 RAMO	3.2 DIRECCION	UNIDAD	3.3 SUBDIRECCION 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	25 AÑOS	30 AÑOS	35 AÑOS
	5.4 LICENCIA SIN GOCE DE SUELDO							
5.5 FORMA DE PAGO		BANCO	CH	CUENTA DE CHEQUES		DESCUENTO INFONAVIT (NUMERO DE CREDITO)		
6.0 PERSONAL A SU CARGO:		6.1 SINDICALIZADO		6.2 DE CONFIANZA		6.3 POR CONTRATO		
						6.4 TOTAL		
<b>7.0 DATOS PERSONALES</b>								
7.1 GENERO	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	7.3.3 UNIÓN LIBRE	7.3.4 VIUDO	7.3.5 DIVORCIADO	7.3.6 SEPARADO	7.4.1 N° DE HIJOS		
						7.4.2 MENORES DE 18 AÑOS		
						7.4.3 MAYORES DE 18 AÑOS		
						7.4.4 NUMERO DE FAMILIARES DEPENDIENTES ECONOMICAMENTE		
						7.4.5 NUMERO DE PERSONAS QUE HABITAN LA MISMA VIVIENDA		
7.5 ORIGINARIO DE:		POBLACION	ESTADO	MEXICO / OTRO PAIS		* RESIDENTE EN EL ESTADO DESDE		
7.6 DOMICILIO ACTUAL		DIRECCION		COLONIA	MUNICIPIO	ESTADO	CODIGO POSTAL	
TEL PARTICULAR:		CELULAR:		E-MAIL:				
8.0 ESCOLARIDAD (INCLUYENDO ESTUDIOS TRUNCOS) ESPECIFIQUE SEGÚN EL CASO		8.1 PRIMARIA		8.2 SECUNDARIA		8.3 PREPARATORIA / EQUIVALENTE		
8.4 TÉCNICOS / MEDIOS SUPERIORES				8.5 SUPERIORES				
8.6 POST GRADOS / ESPECIALIZACIONES				8.7 IDIOMAS				
9.0 PUESTOS DESEMPEÑADOS EN LA ADMINISTRACION PUBLICA (EN ORDEN DESCENDENTE) (1)		DEPENDENCIA / ORGANISMOS		PODER DEL ESTADO*		ANTIGÜEDAD		
						DESDE EL AÑO A:		
9.1						DE:	A:	
9.2						DE:	A:	
9.3						DE:	A:	
9.4						DE:	A:	
9.5						DE:	A:	
9.6						DE:	A:	
9.7						DE:	A:	
9.8						DE:	A:	
9.9 TRABAJA ACTUALMENTE EL (LA) CONYUGE, PAREJA, HIJO (S) O ALGÚN OTRO FAMILIAR EN ALGUNA DEPENDENCIA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA		SI	NO	9.10 ANTIGÜEDAD EN LA ADMINISTRACION PUBLICA		AÑOS		
ESPECIFIQUE PARENTESCO:								

\*PODER DEL ESTADO: L: PODER LEGISLATIVO, E: PODER EJECUTIVO Y J: PODER JUDICIAL.

(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)**

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

Anexo 42

	
<p>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. 27360</p>	
<p>FORMATO DAP-22</p>	
<p>ASUNTO: Se solicita verificar Antigüedad Laboral para premiación de Perseverancia y Lealtad. San Francisco de Campeche, Cam. a ____ de ____ de ____.</p>	
<p><b>DIRECTOR DE ADMINISTRACION DE PERSONAL PRESENTE.</b></p>	
<p><b>AT'N: LIC. GLORIA PALACIOS CASTRO JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ARCHIVO</b></p>	
<p>Por este medio, le solicito la verificación de mis años de servicios en el Gobierno del Estado.</p>	
<input type="text"/> 10 Años	<input type="text"/> 25 Años
<input type="text"/> 15 Años	<input type="text"/> 30 Años
<input type="text"/> 20 Años	<input type="text"/> 35 Años
<p>Adjunto copia de los siguientes documentos:</p>	
<input type="text"/> Nombramientos	<input type="text"/> Alta IMSS
<input type="text"/> Copia del Reconocimiento	<input type="text"/> Credenciales
<input type="text"/> Otros especificar	<input type="text"/> Constancias
<p>Area de adscripción: _____ Dependencia/Entidad _____</p>	
<p>Nombre: _____</p>	
<p>Número de Empleado: _____ Teléfono Oficial: _____</p>	
<p>_____ Firma del trabajador</p>	
<p>C.c.p.- Titular del Area Administrativa de Adscripción del Trabajador. C.c.p.- Interesado.</p>	

**Formato DAP-23**  
**Solicitud de Constancia de Percepciones y Deducciones**

Anexo 43



CRECER EN GRANDE  
CAMPECHE 2015-2021



Formato DAP-23

ASUNTO: Solicitud de Constancia de Percepciones y Deducciones.

San Francisco de Campeche, Cam; a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

**C.P. Miguel Guillermo Zanoquera Canto**  
**Director de Administración de Personal de la**  
**Secretaría de Admón. e Innovación Gubernamental**  
**Presente.**

Por este medio me permito solicitar a usted la Constancia de remuneraciones cubiertas y retenciones efectuadas, a fin de estar en posibilidad de cumplir con la presentación de mi declaración anual en el plazo previsto por la ley. Lo anterior corresponden al (los) ejercicio(s) fiscales siguientes:

Años	
R.F.C.	
Adscripción	

Sin otro particular, quedo de usted.



ATENTAMENTE

\_\_\_\_\_

Formato DAP-24

Solicitud de Aplicación del Subsidio para el Empleo

Anexo 44

	
San Francisco de Campeche, Cam; a _____ de _____ de _____.	
<b>C.P. Miguel Guillermo Zanoguera Canto</b> <b>Director de Administración de Personal de la</b> <b>Secretaría de Admón. e Innovación Gubernamental</b> <b>Presente.</b>	Formato DAP-24
Por este medio hago constar que a la fecha de hoy _____, presto mis servicios a _____ patrones, siendo estos:	
1. _____	RFC: _____
2. _____	RFC: _____
3. _____	RFC: _____
Asimismo, autorizo expresamente y en este escrito a mi patrón _____ con RFC: _____ me aplique el subsidio para el empleo a que tengo derecho de conformidad con los artículos 98 y 99 de la Ley del Impuesto Sobre la Renta, y el artículo 8 del Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley del Impuesto Sobre la Renta, del Código Fiscal de la Federación, de la Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios y de la Ley del Impuesto al Valor Agregado y se establece el subsidio para el Empleo, publicado en el Diario Oficial el 01 de octubre de 2007, estando consiente y de acuerdo que los demás patrones no podrán aplicarme dicho subsidio para el empleo.	
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 por escrito en forma inmediata, por lo que mientras yo no presente escrito alguno que cambie la autorización y situaciones aquí señalados los mismos se mantendrán constantes.	
Estoy enterado de que este escrito debo presentarlo al patrón, antes de que se 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 y 99 de la Ley del Impuesto Sobre la Renta.	
ATENTAMENTE	
_____ NOMBRE: RFC: CURP:	