

1	NUMERO DE EMPLEADO 601090001	2	DEPENDENCIA - ENTIDAD: SEGGOB - ORG. DESC. DE ASESORIA JUR. Y AT. A VICTIMAS U OFENDIDOS DEL DELITO
3	NOMBRE DEL TRABAJADOR: FLORES DE LUNA ERASMO	4	CARGO: COORDINADOR DE ASUNTOS JURIDICOS EN EL AREA DE LITIGIO
5	CATEGORIA: 80 A	NIVEL: 81	R.F.C.: FOLE7009082U6
			HORARIO DE TRABAJO: DE 8:30 A 16:00 HRS.
			CURP: FOLE700908HASLNR09

  

MOV/INCIDENCIA	EL TRABAJADOR DE NUEVO INGRESO SUSTITUYE A	NOMBRE DEL TRABAJADOR: NUEVA CREACION
10	ALTA <input checked="" type="checkbox"/> SUPERNUMERARIA <input type="checkbox"/> INTERINATO <input type="checkbox"/> EVENTUAL <input type="checkbox"/> DATOS PARA ALTA EN EL I.M.S.S.	PERCEPCIÓN SUGERIDA: SUELDO BASE _____ COMPEN. ORD. _____ COMPEN. EXT. _____ PRODUCTIVIDAD _____ PRESTACIONES _____ TOTAL 25,622.39 NIVEL TAB. 81 DOMICILIO ACTUAL: CALLE, COLONIA Y NUMERO EXT. (POBLACIÓN) Av. Providencia # 204-12, Fracc. Rancho Santa Monica, Aguascalientes, Ags. C.P. 20342 HA ESTADO AFILIADO AL I.M.S.S. SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NOMBRE DE LOS PADRES (AUN VIVOS): PADRE: PEDRO FLORES GARCIA MADRE: MA. CARMELA DE LUNA LUJAN NUM. AFILIACIÓN I.M.S.S. 51887020926 LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: (ESTADO) Ojo de Agua Tepezalá, Ags. 08 de Septiembre de 1970
11	BAJA <input type="checkbox"/> MOTIVO: <input type="checkbox"/> RENUNCIA <input type="checkbox"/> FALLECIMIENTO <input type="checkbox"/> INVALIDEZ <input type="checkbox"/> DESPIDO JUSTIFICADO <input type="checkbox"/> PENSIÓN <input type="checkbox"/> OTROS (ESPECIFICAR) _____	EN CADA CASO ES INDISPENSABLE ANEXAR LOS DOCUMENTOS CORRESPONDIENTES
12	MODIFICACIÓN REESTRUCTURACIÓN PERCEPCIONES <input type="checkbox"/> PERCEPCIÓN ACTUAL: SUELDO BASE _____ COMPEN. ORD. _____ COMPEN. EXT. _____ PRODUCTIVIDAD _____ PRESTACIONES _____ TOTAL _____ NIVEL TAB. _____ PERCEPCIÓN SUGERIDA: SUELDO BASE _____ COMPEN. ORD. _____ COMPEN. EXT. _____ PRODUCTIVIDAD _____ PRESTACIONES _____ TOTAL _____ NIVEL TAB. _____	
13	CAMBIO DE CLAVE <input type="checkbox"/>	ALTA EN _____ BAJA EN _____
14	REEMBOLSO POR DESCTO. <input type="checkbox"/>	TOTAL _____ MOTIVO _____
15	PAGO POR ÚNICA VEZ <input type="checkbox"/>	TOTAL _____ MOTIVO _____
16	FALTAS <input type="checkbox"/>	DÍAS _____ 18 CAMBIO DE HORARIO <input type="checkbox"/> HORARIO ANTERIOR: _____ HORARIO NUEVO: _____
17	RETARDOS <input type="checkbox"/>	CANTIDAD _____ 19 VACACIONES <input type="checkbox"/> DÍAS _____ DE _____ AL _____
20	PERMISO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CON GOCE DE SUELDO <input type="checkbox"/> SIN GOCE DE SUELDO DÍAS _____ MOTIVO _____
21	JUSTIFICAR <input type="checkbox"/>	MOVIMIENTO _____ FECHA _____ MOTIVO _____
22	INCAPACIDAD <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> MATERNIDAD <input type="checkbox"/> RIESGO DE TRABAJO DÍAS _____ PERIODO _____
23	PERMISO POR LACTANCIA <input type="checkbox"/>	DÍAS _____ PERIODO _____ HORARIO _____
24	SUSPENSIÓN <input type="checkbox"/>	DÍAS _____ PERIODO _____ MOTIVO _____
25	REANUDACIÓN DE LABORES <input type="checkbox"/>	DÍA _____ MES _____ AÑO _____ POR MOTIVO DE _____
26	QUINQUENIOS <input type="checkbox"/>	NUMERO _____

  

OBSERVACIONES: SE SOLICITA ALTA CON FECHA 16 DE MARZO DE 2017. PLAZA No.69614

  

27	SOLICITA NOMBRE C.P. VICTOR MANUEL GONZALEZ DE LEON CARGO DIRECTOR GENERAL ADMINISTRATIVO FECHA 13/03/2017 FIRMA	28	Vo. Bo. DEPENDENCIA/ENTIDAD NOMBRE C. FRANCISCO JAVIER LUEVANO NUÑEZ CARGO SECRETARIO GENERAL DE GOBIERNO FECHA 13/03/2017 FIRMA	29	AUTORIZA OFICIALIA MAYOR NOMBRE L.A.F. VIRGINIA ADRIANA CALZADA ORTIZ CARGO COORDINADORA GENERAL DE CAPITAL HUMANO OFMA FECHA 13/03/2017 FIRMA
----	--	----	--	----	--