



GOBIERNO DEL
ESTADO DE
AGUASCALIENTES

GOBIERNO DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES

OFICIALIA MAYOR

SOLICITUD DE MOVIMIENTOS E INCIDENCIAS DEL PERSONAL

RECIBIDO
3 MESES
Efectuado
BES
PCE 04
PAROS

1	NUMERO DE EMPLEADO 61375	2	DEPENDENCIA - ENTIDAD: SEGOB - DIRECCION GENERAL DE ARCHIVOS	3	NOMBRE DEL TRABAJADOR: LOZA PADILLA JADID MERARI	4	CARGO: AUX. DE INVENTARIOS Y CLASIFICACION								
5	CATEGORIA 10 B	NIVEL 131	R.F.C.: LOPJ940713J92	HORARIO DE TRABAJO: DE 8:00 A 15:30 HRS.	CURP: LOPJ940713MASZDD03										
MOV./INCIDENCIA		EL TRABAJADOR DE NUEVO INGRESO SUSTITUYE A:													
10	NUMERARIA <input checked="" type="checkbox"/>	PERCEPCIÓN SUGERIDA:													
	ALTA <input type="checkbox"/>	SUELDO BASE	COMPEN.ORD.	COMPEN.EXT.	PRODUCTIVIDAD	PRESTACIONES	TOTAL 7,227.24	NIVEL TAB. 131							
	SUPERNUMERARIA <input type="checkbox"/>	DOMICILIO ACTUAL: CALLE, COLONIA Y NUMERO EXT. (POBLACIÓN) Arroyo Blanco # 507, los arroyitos, Jesus Maria, Ags. C.P. 20900													
	INTERINATO <input type="checkbox"/>	HA ESTADO AFILIADO AL I.M.S.S.													
	EVENTUAL <input type="checkbox"/>	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE LOS PADRES (AUN FINADOS): PADRE: J. FELIPE DE JESUS LUA MUÑOZ											
DATOS PARA ALTA		NUM. AFILIACIÓN I.M.S.S. 51129446384													
EN EL I.M.S.S.		MADRE: MARIA DEL REFUGIO PADILLA GUTIERREZ 26264													
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: (ESTADO) Jesus María, Aguascalientes 13 de Julio de 1994															
11	BAJA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NUMERARIA	MOTIVO: <input type="checkbox"/> RENUNCIA <input type="checkbox"/> FALLECIMIENTO <input type="checkbox"/> INVALIDEZ	EN CADA CASO ES INDISPENSABLE ANEXAR LOS DOCUMENTOS CORRESPONDIENTES											
		<input type="checkbox"/> SUPERNUMERARIA	<input type="checkbox"/> DESPIDO JUSTIFICADO <input type="checkbox"/> PENSION <input type="checkbox"/> OTROS (ESPECIFICAR)												
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 <input type="checkbox"/> BAJA EN <input type="checkbox"/>						RECIBIDO MAYOR							
14	REEMBOLSO POR DESCTO. <input type="checkbox"/>	TOTAL <input type="checkbox"/> MOTIVO <input type="checkbox"/>						RECIBIDO 16 MAR 2017							
15	PAGO POR ÚNICA VEZ <input type="checkbox"/>	TOTAL <input type="checkbox"/> MOTIVO <input type="checkbox"/>						RECIBIDO 16 MAR 2017							
16	FALTAS <input type="checkbox"/>	DÍAS <input type="checkbox"/>	18	CAMBIO DE HORARIO <input type="checkbox"/>	HORARIO ANTERIOR: <input type="checkbox"/> HORARIO NUEVO: <input type="checkbox"/>										
17	RETARDOS <input type="checkbox"/>	CANTIDAD <input type="checkbox"/>	19	VACACIONES <input type="checkbox"/>	DÍAS <input type="checkbox"/>	DE <input type="checkbox"/> AL <input type="checkbox"/>	HORA: 14:07 RECIBIDO DE AL MODULO INTELIGENTE DE SERVICIOS								
20	PERMISO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CON GOCE DE SUELDO	<input type="checkbox"/> SIN GOCE DE SUELDO	DÍAS <input type="checkbox"/> MOTIVO <input type="checkbox"/> (MIS)											
21	JUSTIFICAR <input type="checkbox"/>	MOVIMIENTO <input type="checkbox"/> FECHA <input type="checkbox"/> MOTIVO <input type="checkbox"/>													
22	INCAPACIDAD <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD	<input type="checkbox"/> MATERNIDAD	<input type="checkbox"/> RIESGO DE TRABAJO	DÍAS <input type="checkbox"/> PERIODO <input type="checkbox"/>										
23	PERMISO POR LACTANCIA <input type="checkbox"/>	DÍAS <input type="checkbox"/>	PERIODO <input type="checkbox"/> HORARIO <input type="checkbox"/>												
24	SUSPENSIÓN <input type="checkbox"/>	DÍAS <input type="checkbox"/>	PERIODO <input type="checkbox"/> MOTIVO <input type="checkbox"/>												
25	REANUDACIÓN DE LABORES <input type="checkbox"/>	DÍA <input type="checkbox"/>	MES <input type="checkbox"/>	AÑO <input type="checkbox"/>	POR MOTIVO DE <input type="checkbox"/>										
26	QUINQUENIOS <input type="checkbox"/>	NUMERO <input type="checkbox"/>													
OBSERVACIONES: SE SOLICITA ALTA CON FECHA 16 DE MARZO DE 2017, PLAZA No. 595 OK															

SOLICITA		VO. B6 DEPENDENCIA/ENTIDAD		AUTORIZA OFICIALIA MAYOR	
NOMBRE 27	C.P. VICTOR MANUEL GONZALEZ DE LEON FECHA 13/03/2017 FIRMA	NOMBRE 28	C.P. FRANCISCO JAVIER LUEVANO NUÑEZ CARGO SECRETARIO GENERAL DE GOBIERNO FECHA 13/03/2017 FIRMA	NOMBRE 29	CARGO COORDINADORA GENERAL DE CAPITAL HUMANO OFMA FECHA 13/03/2017 FIRMA