

1	NUMERO DE EMPLEADO 601040000	2	DEPENDENCIA - ENTIDAD SEGGOB - JUNTA LOCAL DE CONCILIACION Y ARBITRAJE
3	NOMBRE DEL TRABAJADOR TORRES MEDINA GONZALO	4	CARGO REPRESENTANTE PATRONAL (DE LA JUNTA ESP. No. 3 PROPIETARIO)
5	CATEGORIA 20 D	NIVEL 123	R.F.C. TOMG7210022E1
	HORARIO DE TRABAJO DE 8:00 A 15:30 HRS.	CURP TOMG721002HDFRDN01	

MOV/INCIDENCIA	EL TRABAJADOR DE NUEVO INGRESO SUSTITUYE A:	NOMBRE DEL TRABAJADOR CURIEL GARCIA RICARDO IVAN	30/01/2017
ALTA	NUMERARIA <input checked="" type="checkbox"/>	PERCEPCION SUGERIDA	
SUPERNUMERARIA	<input type="checkbox"/>	SUELDO BASE	8,386.60
INTERINATO	<input type="checkbox"/>	COMPEN. ORD.	
EVENTUAL	<input type="checkbox"/>	COMPEN. EXT.	
DATOS PARA ALTA	DOMICILIO ACTUAL: CALLE, COLONIA Y NUMERO EXT. (POBLACION) Lasallistas #115, Fracc. Villa Teresa, C.P. 20126, Aguascalientes, Ags.	PRODUCTIVIDAD	
EN EL I.M.S.S.	HA ESTADO AFILIADO AL I.M.S.S. SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PRESTACIONES	
	NUM. AFILIACION I.M.S.S. 51897228816	TOTAL	123
	LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: (ESTADO) Ciudad de Mexico 02 de Octubre de 1972	NIVEL TAB.	
	NOMBRE DE LOS PADRES (AUN FINADOS): PADRE: GONZALO TORRES MADRE: OFELIA MEDINA		365.77

11	BAJA	<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"/> PENSIÓN	<input type="checkbox"/> OTROS (ESPECIFICAR)		

12	MODIFICACIÓN REESTRUCTURACIÓN	PERCEPCIÓN ACTUAL:	SUELDO BASE	COMPEN. ORD.	COMPEN. EXT.	PRODUCTIVIDAD	PRESTACIONES	TOTAL	NIVEL TAB.
	PERCEPCIONES	PERCEPCIÓN SUGERIDA:	SUELDO BASE	COMPEN. ORD.	COMPEN. EXT.	PRODUCTIVIDAD	PRESTACIONES	TOTAL	NIVEL TAB.

13	CAMBIO DE CLAVE	ALTA EN		BAJA EN	
14	REEMBOLSO POR DESCTO.	TOTAL		MOTIVO	
15	PAGO POR ÚNICA VEZ	TOTAL		MOTIVO	
16	FALTAS	DÍAS		CAMBIO DE HORARIO	
				HORARIO ANTERIOR	
				HORARIO NUEVO	
17	RETARDOS	CANTIDAD		VACACIONES	
				DÍAS	
				DÍAS	
20	PERMISO	<input type="checkbox"/> CON GOCE DE SUELDO	<input type="checkbox"/> SIN GOCE DE SUELDO	DÍAS	
21	JUSTIFICAR	MOVIMIENTO		FECHA	
22	INCAPACIDAD	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD	<input type="checkbox"/> MATERNIDAD	<input type="checkbox"/> RIESGO DE TRABAJO	DÍAS
23	PERMISO POR LACTANCIA	DÍAS		PERIODO	
24	SUSPENSIÓN	DÍAS		PERIODO	
25	REANUDACION DE LABORES	DÍA		MES	
		AÑO		POR MOTIVO DE	
26	QUINQUENIOS	NUMERO			

OBSERVACIONES: SE SOLICITA ALTA CON FECHA 16 DE MARZO DE 2017. PLAZA No. 218

27	SOLICITA	NOMBRE	C.P. VICTOR MANUEL GONZALEZ DE LEON	CARGO	DIRECTOR GENERAL ADMINISTRATIVO	FECHA	09/03/2017	FIRMA	
28	Vb. Bs. DEPENDENCIA/ENTIDAD	NOMBRE	C. FRANCISCO JAVIER LUEVANO NUÑEZ	CARGO	SECRETARIO GENERAL DE GOBIERNO	FECHA	09/03/2017	FIRMA	
29	AUTORIZA OFICIALIA MAYOR	NOMBRE	L.A.F. VIRGINIA ADRIANA CALZADA ORTIZ	CARGO	COORDINADORA GENERAL DE CAPITAL HUMANO OFMA	FECHA	09/03/2017	FIRMA	