

65110

GOBIERNO DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES
OFICIALIA MAYOR
SOLICITUD DE MOVIMIENTOS E INCIDENCIAS DEL PERSONAL

34

Cat
Varante

10B

\$7,227.25

1 CLAVE PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA - ENTIDAD: COORDINACION ESTATAL DE PLANEACION Y PROYECTOS				FOLIO
3 NOMBRE DEL TRABAJADOR:	CARGO: REPRESENTACION				
5 CATEGORIA: ANALISTA	6 NIVEL: 30E	7 R.F.C.: ROHJ8603279X8	8 HORARIO DE TRABAJO: 8:00 - 15:30	9 CURP: ROHJ860327HASMRN07	
MOV./INCIDENCIA EL TRABAJADOR DE NUEVO INGRESO SUSTITUYE A: JOSE LUIS RODRIGUEZ JAEDEC 15/01/2016 PERCEPCION SUGERIDA: SUELDO BASE COMPEN.EXT. PRODUCTIVIDAD PRESTACIONES TOTAL 12,271.17 NIVEL TAB. 30E DOMICILIO ACTUAL: CALLE, COLONIA Y NUMERO EXT. (POBLACION) ALBERTO DEL VALLE 405, COL. ALTAVISTA CP 20040 HA ESTADO AFILIADO AL IMSS. SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PADRE: SALVADOR ROMO BRIZUELA NUM. AFILIACION IMSS: 51058617138 MADRE: JUANA ESTHELA HERRERA OJEDA 457.35 LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: (ESTADO) AGUASCALIENTES, AGS., 27 DE MARZO DE 1986 EN EL IMSS. BAJA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NUMERARIA <input type="checkbox"/> MOTIVO: <input type="checkbox"/> RENUNCIA <input type="checkbox"/> FALLECIMIENTO <input type="checkbox"/> INVALIDEZ <input type="checkbox"/> SUPERNUMERARIA <input type="checkbox"/> DESPIDO JUSTIFICADO <input type="checkbox"/> PENSION <input type="checkbox"/> OTROS (ESPECIFICAR) EN CADA CASO ES INDISPENSABLE ANEXAR LOS DOCUMENTOS CORRESPONDIENTES MODIFICACION <input type="checkbox"/> REESTRUCTURACION <input type="checkbox"/> PERCEPCIONES <input type="checkbox"/> CAMBIO DE CLAVE <input type="checkbox"/> ALTA EN <input type="checkbox"/> BAJA EN <input type="checkbox"/> REEMBOLSO POR DESCTO. <input type="checkbox"/> PAGO POR UNICA VEZ <input type="checkbox"/> FALTAS <input type="checkbox"/> DIAS <input type="checkbox"/> 18 CAMBIO DE HORARIO <input type="checkbox"/> HORARIO ANTERIOR: <input type="checkbox"/> HORARIO NUEVO: <input type="checkbox"/> RETRADOS <input type="checkbox"/> CANTIDAD <input type="checkbox"/> 19 VACACIONES <input type="checkbox"/> DIAS PERIODO <input type="checkbox"/> RECIBE: <input type="checkbox"/> PERMISO <input type="checkbox"/> CON GOCE DE SUELDO <input type="checkbox"/> SIN GOCE DE SUELDO <input type="checkbox"/> DIAS MOTIVO: (MIS) JUSTIFICAR <input type="checkbox"/> MOVIMIENTO <input type="checkbox"/> FECHA <input type="checkbox"/> MOTIVO <input type="checkbox"/> INCAPACIDAD <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> MATERNIDAD <input type="checkbox"/> RIESGO DE TRABAJO <input type="checkbox"/> DIAS PERIODO <input type="checkbox"/> PERMISO POR LACTANCIA <input type="checkbox"/> DIAS PERIODO <input type="checkbox"/> HORARIO <input type="checkbox"/> SUSPENSION <input type="checkbox"/> DIAS PERIODO <input type="checkbox"/> MOTIVO <input type="checkbox"/> REANUDACION DE LABORES <input type="checkbox"/> DIA MES AÑO <input type="checkbox"/> POR MOTIVO DE <input type="checkbox"/> QUINQUENIOS <input type="checkbox"/> NUMERO <input type="checkbox"/>					
OBSERVACIONES: MOVIMIENTO A PARTIR DEL 16 DE MARZO DE 2017 PLAZA 2450 OK					

SOLICITA	V. B. DEPENDENCIA/ENTIDAD	AUTORIZA OFICIALIA MAYOR
NOMBRE LIC. DANIEL FRAUSTO AVILA	ARQ. OSCAR BENJAMIN ARAGON	NOMBRE LAF VIRGINIA ADRIANA CALZADA ORTIZ
CARGO DIRECTOR GENERAL ADMINISTRATIVO	NOMBRE JIMENEZ	COORDINADORA GENERAL DE CAPITAL
27 FECHA	COORDINADOR ESTATAL DE PLANEACION Y PROYECTOS	CARGO HUMANO
FIRMA	28 FECHA	29 FECHA
	FIRMA	FIRMA