



OFMA

OFICIALÍA MAYOR DEL ESTADO

No. De oficio: DGAM/0063/2017

ASUNTO: Solventación a Observaciones de Auditoría
SFRC/DGAG/0201/2017



Aguascalientes, Ags., a 13 de febrero de 2017.

C.P.C. MIGUEL ÁNGEL MARTÍNEZ BERUMEN
SECRETARIO DE FISCALIZACIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS
P R E S E N T E.

En atención a la Auditoría SFRC/DGAG/021/2017 realizada en la Oficialía Mayor referente a la verificación del Manual de Lineamientos de Capital Humano, con relación al control de asistencia, entradas y salidas del personal, así como el debido soporte documental, la cual se llevó a cabo el pasado viernes 03 de febrero del presente y donde se validó la asistencia de las 248 personas que integran la OFMA, por este conducto me permito enviar a usted el soporte de las observaciones encontradas:

Nombre	Observación	Evidencia Anexa
Cesar Cándido Jiménez González	Incidencia 23127	Ya se había presentado la incapacidad, sin embargo se anexa la incidencia con las firmas correspondientes de quién autoriza y quién da el Visto Bueno de la Dependencia.
Víctor Enrique Ortiz López	Incidencia 22719	Incidencia de Vacaciones, faltaba la firma del Visto Bueno de la Dependencia.
Mauricio Salas Vega	Incidencia S/F	Incidencia de Tiempo por tiempo, se anexa incidencia con la firma del Visto Bueno de la Dependencia
Laura Elizabeth García Márquez	Incidencia 22955	Incidencia de Vacaciones, faltaba la firma del Visto Bueno de la Dependencia.
María de los Ángeles Romo	Incidencia 23074	Incidencia de Vacaciones, faltaba la firma del Visto Bueno de la Dependencia.

La falta de firmas en el Visto Bueno, conforme a nuestro procedimiento, indica que previamente la Encargada de Capital Humano revisa la información antes de obtener el Visto Bueno del Director General Administrativo de la OFMA. Es por ello que al momento de la Auditoría no se encontraban firmadas. Sin embargo, se anexan los documentos señalados anteriormente debidamente firmados.

Por otro lado, en relación a 37 servidores públicos ausentes y donde se presentaron los documentos digitales (pases de salida) de 28 servidores públicos, me permito anexar los documentos comprobatorios de los 9 servidores públicos restantes, con las observaciones pertinentes:



OFMA

OFICIALÍA MAYOR DEL ESTADO

Nombre	Motivo de Ausencia	Evidencia Anexa	Observaciones
Alejandra Rodríguez Ortiz	Vacaciones	Incidencia	El día 03 de Febrero por la mañana la trabajadora se reportó enferma, por lo que el trámite de incidencia se realizó al siguiente día hábil posterior al evento, es decir el martes 07 de febrero.
Humberto Hernández Martínez	Vacaciones	Incidencia	El trabajador solicitó permiso de gozar 2 días de vacaciones de forma urgente por emergencia familiar, por lo que firmo su incidencia al regresar el día 7 de Febrero del presente.
Jesús Medrano Macías	Vacaciones	Incidencia	El trabajador solicito permiso de gozar 1 día de vacaciones de forma urgente por emergencia familiar por lo que firmó su incidencia al regresar el día 7 de Febrero del presente.
Juan Mateo González García	Vacaciones	Incidencia	La incidencia se encontraba pendiente para firma de Visto Bueno de la Dependencia.
María del Carmen Orozco González	Vacaciones	Incidencia	Debido a que la trabajadora no presentó su documento de incapacidad en apego al artículo 71 del RIT, que establece que debe ser entregada máximo dos días después de ser expedida por el IMSS, se procedió a la elaboración de incidencia por 5 días de vacaciones.
Sara Rodríguez Perez	Fallecimiento de familiar	Incidencia con certificado de defunción	De acuerdo a la fracción I del artículo 66 del RIT que señala un término de 5 días hábiles siguientes al suceso para presentar la documentación comprobatoria, se recibió la misma el día 9 de Febrero de 2017.
Gabriel Medina Ramírez	Comisión Sindicato	Oficio	Se anexa oficio de comisión.
Juan Ignacio González Aguilar	Comisión en Palacio de Gobierno	Pase de salida	El día 03 de Febrero alrededor de las 09:00 horas se presentó un apagón en Palacio de Gobierno, por lo que el personal de mantenimiento eléctrico acudió de manera urgente a atender el requerimiento, entregando el pase de salida al regresar al edificio de Oficialía Mayor.
Pedro Salas Alonso	Comisión en Palacio de Gobierno	Pase de salida	El día 03 de Febrero alrededor de las 9:00 horas se presentó un apagón en Palacio de Gobierno, por lo que el personal de mantenimiento eléctrico acudió de manera urgente a atender el requerimiento, entregando el pase de salida al regresar al edificio de Oficialía Mayor.



OFMA

OFICIALÍA MAYOR DEL ESTADO

Sin más por el momento, reiteramos nuestro compromiso para atender las disposiciones emitidas por la Secretaría de Fiscalización y Rendición de Cuentas a efecto de cumplir de manera las medidas de Control Interno que sean determinadas.

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial y respetuoso saludo.

ATENTAMENTE
"SUFRAGIO EFECTIVO, NO REELECCIÓN"

LAE. RODOLFO ESQUIVEL CAÑEDO
DIRECTOR GENERAL ADMINISTRATIVO
OFICIALÍA MAYOR DEL GOBIERNO DEL ESTADO

C.c.p. C.P. Juan Francisco Larios Esparza.- Oficial Mayor del Gobierno del Estado.
C.P. Graciela Tlapalamatl García.- Auditor Gubernamental.- SEFIRECU
C.P. Gustavo Alfonso Muñoz de la Torre.- Auditor Gubernamental.- SEFIRECU.

Archivo.

REC/rht/kng

"Año del Centenario de la Promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos"

AV. DE LA CONVENCION OTE. NO. 104, PISO 4
COLONIA DEL TRABAJO, C.P. 20180
AGUASCALIENTES, AGS

(449) 910 25 00
EXT. 2512

WWW.AGUASCALIENTES.GOB.MX



AGUASCALIENTES
GOBIERNO DEL ESTADO

GOBIERNO DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES
OFICIALÍA MAYOR
Solicitud de Movimientos e Incidencias del Personal

70410
23127

1	CLAVE PRESUPUESTAL 14983	DEPENDENCIA - ENTIDAD OFICIALIA MAYOR
3	NOMBRE DEL TRABAJADOR CESAR CANDIDO JIMENEZ GONZALEZ	4 CARGO OFICIAL DE MONTAJE A
5	CATEGORIA	6 NIVEL
7	R.F.C. JIGC7702023E0	8 HORARIO DE TRABAJO
9	CURP JIGC770202HASMNS08	
10	MOV/INCIDENCIA ALTA SUPERNUMERARIA INTERINATO EVENTUAL DATOS PARA ALTA EN CL. IMSS	EL TRABAJADOR DE NUEVO NOMBRE DEL TRABAJADOR NOMBRE DEL TRABAJADOR PERCEPCION SUGERIDA SUELDO BASE COMPEN EXT PRODUCTIVIDAD PRESTACIONES TOTAL NIVEL TAB. DOMICILIO ACTUAL: CALLE, COLONIA Y NUMERO EXT. (POBLACION) HA ESTADO AFILIADO AL IMSS SI NO NOMBRE DE LOS PADRES (AUN FINADOS) PADRE: MADRE: NUM. AFILIACION IMSS LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO. (ESTADO)
11	BAJA	NUMERARIA MOTIVO: RENUNCIA FALLECIMIENTO INVALIDEZ EN CADA CASO ES INDISPENSABLE ANEXAR LOS DOCUMENTOS CORRESPONDIENTES SUPERNUMERARIA DESPIDO JUSTIFICADO PENSION OTROS (ESPECIFICAR)
12	MODIFICACION REESTRUCTURACION PERCEPCIONES	PERCEPCION ACTUAL: SUELDO BASE COMPEN EXT PRODUCTIVIDAD PRESTACIONES TOTAL NIVEL TAB. PERCEPCION SUGERIDA: SUELDO BASE COMPEN EXT PRODUCTIVIDAD PRESTACIONES TOTAL NIVEL TAB.
13	CAMBIO DE CLAVE	ALTA EN BAJA EN
14	REEMBOLSO POR DISCITO	TOTAL MOTIVO
15	PAGO POR UNICA VEZ	TOTAL MOTIVO
16	FALTAS	DIAS 18 CAMBIO DE HORARIO HORARIO ANTERIOR HORARIO NUEVO
17	RETARDOS	CANTIDAD 19 VACACIONES DIAS PERIODO DE AL
20	PERMISO	CON GOCE DE SUELDO SIN GOCE DE SUELDO DIAS MOTIVO
21	JUSTIFICAR	MOVIMIENTO FECHA MOTIVO
22	INCAPACIDAD IMSS: lo234469	X ENFERMEDAD MATERNIDAD RIESGO DE TRABAJO DIAS 21 PERIODO 30/01/2017 - 19/02/2017
23	PERMISO POR LACTANCIA	DIAS PERIODO HORARIO
24	SUSPENSION	DIAS PERIODO MOTIVO
25	REANUDACION DE LABORES	DIA MES AÑO POR MOTIVO DE
26	QUINQUENIOS	NUMERO
27	SOLICITA NOMBRE CESAR CANDIDO JIMENEZ GONZALEZ CARGO OFICIAL DE MONTAJE A FECHA 03/02/2017 FIRMA	28 AUTORIZA NOMBRE RODOLFO ESQUIVEL CANEDO CARGO DIRECTOR GENERAL ADMINISTRATIVO FECHA 03/02/2017 FIRMA
		29 VO. BO. DE DEPENDENCIA / ENTIDAD NOMBRE LAE RODOLFO ESQUIVEL CANEDO CARGO DIR. GRAL. ADMINISTRATIVO FECHA 03/02/2017 FIRMA

OFICIALIA
MAYOR
RECIBIDO
03 FEB 2017
HORA:
RECIBE:
MODULO INTELIGENTE DE SERVICIOS
(MIS)

P. / K.

UNIDAD MEDICA EXPEDIDORA HGZ 41			NIVEL ATENCIÓN 1 2 3		DELEG. JUMAE 01 AGS		CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE LO 234469			NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DÍGITO VERIFICADOR 5194771630		
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN 01			DELEGACIÓN DE ADSCRIPCIÓN AGS		NOMBRE DEL (LOS) PATRONES Gobierno del Estado de Aguascalientes			PUESTO DE TRABAJO Oficial de montaje			CURP 1	
INICIAL 2 <input checked="" type="checkbox"/>	SUS 3 <input type="checkbox"/>	RECAIDA 1 <input type="checkbox"/>	DÍAS AUTORIZADOS (LETRA) VEINTIUNO		NÚMERO 21	A PARTIR DEL 30 01 2019		DÍA 30		MES 01	AÑO 2019	
RAMO DE SEGURO X			RIESGO DE TRABAJO	ENFERMEDAD	MATERNIDAD	CONTROL MATERNIDAD	EXPEDIDO EL 02 02 2017		DÍA 02	MES 02	AÑO 2017	
PROEABLE RIESGO DE TRABAJO <input type="checkbox"/>			INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS						DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD 21			

• El asegurado a quien se entregó copia de este documento se encuentra incapacitado para trabajar a partir de la fecha y durante el período que se indican en este duplicado.
 • Si el asegurado regresare a sus labores antes de la terminación del período de incapacidad señalado en este documento, el patrón deberá avisar inmediatamente y por escrito a Prestaciones Económicas del Instituto, para que este efectúe los ajustes que procedan en el pago del subsidio.
 • Los riesgos profesionales ocurridos durante períodos de incapacidad reconocidos por el IMSS quedarán a cargo del patrón.
 • En caso de estar marcado como "riesgo de trabajo" o "probable riesgo", deberá enterar al Instituto a través del formato ST-1 "aviso para calificar probable riesgo de trabajo" en un lapso no mayor a 24 horas".

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO APELLIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBRE(S) DEL ASEGURADO Vimentes Gonzalez Cesar (hijo) SEXO M	
MÉDICO TRATANTE Dr. Manuel Quezada Hernández Traumatología / Ortopedia Mat: 11302151 IMSS Sed. Prof: 3214884	
NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZA Dr. Manuel Quezada Hernández Traumatología / Ortopedia Mat: 11302151 IMSS Sed. Prof: 3214884	

COPIA PATRÓN



GOBIERNO DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES
OFICIALÍA MAYOR
Solicitud de Movimientos e Incidencias del Personal

FOLIO
227/19

CLAVE PRESUPUESTAL		DEPENDENCIA - ENTIDAD:		OFICIALIA MAYOR	
1 02238					
NOMBRE DEL TRABAJADOR:		CARGO:		DIRECTOR DE SOPORTE Y BASES DE DATOS	
3 VICTOR ENRIQUE ORTIZ LOPEZ		4			
CATEGORIA:		NIVEL:		R.F.C.:	
6		7		OILV7309026T1	
HORARIO DE TRABAJO:		CURP:		OILV730902HZSRPC02	
8		9			
MOV./INCIDENCIA		EL TRABAJADOR DE NUEVO INGRESO SUSTITUYE A:			
NUMERARIA		NOMBRE DEL TRABAJADOR:			
ALTA		PERCEPCION SUGERIDA:			
SUPERNUMERARIA		SUELDO BASE			
INTERINATO		COMPEN.EXT.			
EVENTUAL		PRODUCTIVIDAD			
DATOS PARA ALTA		PRESTACIONES			
EN EL I.M.S.S.		TOTAL			
		NIVEL TAB.			
		DOMICILIO ACTUAL: CALLE, COLONIA Y NUMERO EXT. (POBLACION)			
		HIA ESTADO AFILIADO AL I.M.S.S.			
		NOMBRE DE LOS PADRES (AUN VIVOS):			
		SI			
		NO			
		PADRE:			
		MADRE:			
		NUM. AFILIACION I.M.S.S.			
		LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: (ESTADO)			
BAJA		MOTIVO:			
		RENUNCIA			
		FALLECIMIENTO			
		INVALIDEZ			
		DESPIDO JUSTIFICADO			
		PENSION			
		OTROS (ESPECIFICAR)			
		EN CADA CASO ES INDISPENSABLE ANEXAR LOS DOCUMENTOS CORRESPONDIENTES			
MODIFICACION REESTRUCTURACION		PERCEPCION ACTUAL:			
PERCEPCIONES		SUELDO BASE			
		COMPEN.EXT.			
		PRODUCTIVIDAD			
		PRESTACIONES			
		TOTAL			
		NIVEL TAB.			
		PERCEPCION SUGERIDA:			
		SUELDO BASE			
		COMPEN.EXT.			
		PRODUCTIVIDAD			
		PRESTACIONES			
		TOTAL			
		NIVEL TAB.			
CAMBIO DE CLAVE		ALTA EN			
		BAJA EN			
REEMBOLSO POR DESCTO.		TOTAL			
		MOTIVO			
PAGO POR UNICA VEZ		TOTAL			
		MOTIVO			
FALTAS		DIAS			
		CAMBIO DE HORARIO			
		HORARIO ANTERIOR:			
RETARDOS		CANTIDAD			
		VACACIONES			
		DIAS			
		PERIODO			
		Periodo 2 del 2016 - 2 dia(s)			
		DE 02/02/2017 AL 03/02/2017			
PERMISO		CON GOCE DE SUELDO			
		SIN GOCE DE SUELDO			
		DIAS			
		MOTIVO			
JUSTIFICAR		MOVIMIENTO			
		FECHA			
		MOTIVO			
INCAPACIDAD		ENFERMEDAD			
		MATERNIDAD			
		RIESGO DE TRABAJO			
		DIAS			
		PERIODO			
PERMISO POR LACTANCIA		DIAS			
		PERIODO			
		HORARIO			
SUSPENSION		DIAS			
		PERIODO			
		MOTIVO			
REANUDACION DE LABORES		DIA			
		MES			
		AÑO			
		POR MOTIVO DE			
QUINQUENIOS		NUMERO			
SOLICITA		AUTORIZA		VO. BO. DE DEPENDENCIA ENTIDAD	
NOMBRE VICTOR ENRIQUE ORTIZ LOPEZ		NOMBRE DAVID GONZALO ZAPATA LEAL		NOMBRE LAE RODOLFO ESQUIVEL CANED	
CARGO DIRECTOR DE SOPORTE Y BASES DE DATOS		CARGO COORDINADOR GENERAL DE MEJORES PRACTICAS GUBERNAMENTALES		CARGO DIR. GRAL. ADMINISTRATIVO	
FECHA 23/01/2017		FECHA 23/01/2017		FECHA 23/01/2017	
FIRMA		FIRMA		FIRMA	



GOBIERNO DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES

OFICIALIA MAYOR

SOLICITUD DE MOVIMIENTOS E INCIDENCIAS DEL PERSONAL

FOLIO

1	CLAVE PRESUPUESTAL 61393	2	DEPENDENCIA - ENTIDAD TALLERES GRAFICOS DEL ESTADO	
3	NOMBRE DEL TRABAJADOR MAURICIO SALAS VEGA		4	CARGO MECÁNICO IMPRESOR
5	CATEGORIA	6	NIVEL	
7	R.F.C. SAVM-740103-G29	8	HORARIO DE TRABAJO 8:00 A.M A 16:00 PM	
9	CURP			
10	MOV. INCIDENCIA			
11	EL TRABAJADOR DE NUEVO INGRESO SUSTITUYE A:			
12	PERCEPCION SUGERIDA:			
13	SUELDO BASE COMPEN.EXT. PRODUCTIVIDAD PRESTACIONES TOTAL NIVEL TAB.			
14	DOMICILIO ACTUAL: CALLE, COLONIA Y NUMERO EXT. (POBLACION)			
15	HA ESTADO AFILIADO AL I.M.S.S.			
16	SI NO			
17	NUM. AFILIACION I.M.S.S.			
18	LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: (ESTADO)			
19	NOMBRE DE LOS PADRES (AUN VIVOS):			
20	PADRE:			
21	MADRE:			
22	BAJA			
23	NUMERARIA MOTIVO: RENUNCIA FALLECIMIENTO INVALIDEZ			
24	SUPERNUMERARIA DESPIDO JUSTIFICADO PENSION OTROS (ESPECIFICAR)			
25	EN CADA CASO ES INDISPENSABLE ANEXAR LOS DOCUMENTOS CORRESPONDIENTES			
26	MODIFICACION REESTRUCTURACION			
27	PERCEPCION ACUTAL:			
28	SUELDO BASE COMPEN.EXT. PRODUCTIVIDAD PRESTACIONES TOTAL NIVEL TAB.			
29	PERCEPCION SUGERIDA:			
30	SUELDO BASE COMPEN.EXT. PRODUCTIVIDAD PRESTACIONES TOTAL NIVEL TAB.			
31	CAMBIO DE CLAVE			
32	ALTA EN BAJA EN			
33	REEMBOLSO POR DESCTO.			
34	TOTAL MOTIVO			
35	PAGO POR UNICA VEZ			
36	TOTAL MOTIVO			
37	FALTAS			
38	DIAS CAMBIO DE HORARIO			
39	HORARIO ANTERIOR: HORARIO NUEVO:			
40	RETARDOS			
41	CANTIDAD VACACIONES			
42	DIAS PERIODO DEL			
43	PERMISO X CON GOCE DE SUELDO SIN GOCE DE SUELDO			
44	DIAS MOTIVO			
45	1 (UNO) Tiempo por tiempo			
46	03 de Febrero de 2017			
47	JUSTIFICAR			
48	MOVIMIENTO FECHA MOTIVO			
49	INCAPACIDAD			
50	ENFERMEDAD MATERNIDAD RIESGO DE TRABAJO DIAS PERIODO			
51	PERMISO POR LACTANCIA			
52	DIAS PERIODO HORARIO			
53	SUSPENSION			
54	DIAS PERIODO MOTIVO			
55	LABORES			
56	DIA MES AÑO POR MOTIVO DE			
57	QUINQUENIOS			
58	NUMERO			
OBSERVACIONES:				
SE LE OTORGA A CUENTA DE TIEMPO POR TIEMPO				
SALDO ANTERIOR 08:20 SE ANEXAN RELACION CON REGISTROS DE SALDO ADICIONAL, SALDO ACTUAL				
07:10				
SOLICITA		AUTORIZA OFICIALIA MAYOR		
NOMBRE MAURICIO SALAS VEGA		NOMBRE LAE. Rodolfo ESQUINEL CAÑEDO		
CARGO MECÁNICO IMPRESOR		CARGO DIRECTOR GENERAL ADMINISTRATIVO		
FECHA		FECHA		
FIRMA		FIRMA		
MAURICIO SALAS VEGA		02 de febrero de 2017		

TALLERES GRAFICOS DEL ESTADO REGISTRO DE TIEMPO ADICIONAL

Fecha Impresión:

Horario

02/02/2017 13:48

No. Concepto Fecha Hora Entrada Hora Salida Tiempo REAL TE (Mas) TT (Menos) Saldo Acum. Estatus

MAURICIO SALAS VEGA

Mauricio	TT	martes, 03 de enero de 2017	08:00	10:00	02:00		2:00:00	8:20:00	Anexo, entra tarde
Mauricio	T EXTRA	viernes, 13 de enero de 2017	16:00	18:25	02:25	2:25:00		10:45:00	
Mauricio	TT	miércoles, 18 de enero de 2017	13:24	14:50	01:26		1:26:00	9:19:00	Permiso interno
Mauricio	TT	viernes, 20 de enero de 2017	10:08	11:26	01:18		1:18:00	8:01:00	Permiso interno
Mauricio	T EXTRA	viernes, 20 de enero de 2017	16:00	16:35	00:35	0:35:00		8:36:00	
Mauricio	T EXTRA	martes, 24 de enero de 2017	16:00	17:38	01:38	1:38:00		10:14:00	
Mauricio	T EXTRA	viernes, 27 de enero de 2017	16:00	20:56	04:56	4:56:00		15:10:00	
Mauricio	TT	viernes, 03 de febrero de 2017					8:00:00	7:10:00	Incidencia



AGUASCALIENTES
GOBIERNO DEL ESTADO

GOBIERNO DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES
OFICIALÍA MAYOR
Solicitud de Movimientos e Incidencias del Personal

FOLIO
22955

1	CLAVE PRESUPUESTAL 03828	DEPENDENCIA - ENTIDAD: OFICIALIA MAYOR
3	NOMBRE DEL TRABAJADOR: LAURA ELIZABETH GARCIA MARQUEZ	CARGO: ESPECIALISTA EN POLITICAS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACION
5	CATEGORIA: NIVEL: R.F.C.: GAML7709058P0	HORARIO DE TRABAJO: CURP: GAML770905MASRRR06
10	MOV/INCIDENCIA ALTA SUPERNUMERARIA INTERINATO EVENTUAL DATOS PARA ALTA EN EL I.M.S.S.	EL TRABAJADOR DE NUEVO INGRESO SUSTITUYE A: NOMBRE DEL TRABAJADOR: PERCEPCION SUGERIDA: SUELDO BASE COMPEN.EXT. PRODUCTIVIDAD PRESTACIONES TOTAL NIVEL TAB. DOMICILIO ACTUAL: CALLE, COLONIA Y NUMERO EXT. (POBLACION) HA ESTADO AFILIADO AL I.M.S.S. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NOMBRE DE LOS PADRES (AUN VIVOS): PADRE: MADRE: NUM. AFILIACION I.M.S.S. LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: (ESTADO)
11	BAJA	<input type="checkbox"/> NUMERARIA 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
12	MODIFICACION REESTRUCTURACION PERCEPCIONES	PERCEPCION ACTUAL: SUELDO BASE COMPEN.EXT. PRODUCTIVIDAD PRESTACIONES TOTAL NIVEL TAB. PERCEPCION SUGERIDA: SUELDO BASE COMPEN.EXT. PRODUCTIVIDAD PRESTACIONES TOTAL NIVEL TAB.
13	CAMBIO DE CLAVE	ALTA EN BAJA EN
14	REEMBOLSO POR DESCTO.	TOTAL MOTIVO
15	PAGO POR UNICA VEZ	TOTAL MOTIVO
16	FALTAS	DIAS CAMBIO DE HORARIO HORARIO ANTERIOR:
17	RETARDOS	CANTIDAD VACACIONES <input checked="" type="checkbox"/> DIAS PERIODO Periodo 1 del 2016 - 1 dia(s) DE 03/02/2017 AL 03/02/2017
20	PERMISO	<input type="checkbox"/> CON GOCE DE SUELDO <input type="checkbox"/> SIN GOCE DE SUELDO DIAS MOTIVO
21	JUSTIFICAR	MOVIMIENTO FECHA MOTIVO
22	INCAPACIDAD	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> MATERNIDAD <input type="checkbox"/> RIESGO DE TRABAJO DIAS PERIODO
23	PERMISO POR LACTANCIA	DIAS PERIODO HORARIO
24	SUSPENSION	DIAS PERIODO MOTIVO
25	REANUDACION DE LABORES	DIA MES AÑO POR MOTIVO DE
26	QUINQUENIOS	NUMERO
27	SOLICITA NOMBRE LAURA ELIZABETH GARCIA MARQUEZ CARGO ESPECIALISTA EN POLITICAS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACION FECHA 31/01/2017 FIRMA	AUTORIZA NOMBRE DAVID GONZALO ZAPATA LEAL CARGO COORDINADOR GENERAL DE MEJORES PRACTICAS GUBERNAMENTALES FECHA 31/01/2017 FIRMA
29	VO. BO. DE DEPENDENCIA / ENTIDAD NOMBRE LA RODOLFO ESQUIVEL CRONADO CARGO DIR. GRAL. ADMINISTRATIVO FECHA 31/01/2017 FIRMA	



AGUASCALIENTES
GOBIERNO DEL ESTADO

GOBIERNO DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES
OFICIALÍA MAYOR
Solicitud de Movimientos e Incidencias del Personal

FOLIO
23074

1	CLAVE PRESUPUESTAL 03774	DEPENDENCIA - ENTIDAD: OFICIALIA MAYOR
3	NOMBRE DEL TRABAJADOR: MARIA DE LOS ANGELES ROMO XXX	4 CARGO: TECNICO DE GESTION E IMPLEMENTACION DIGITAL
5	CATEGORIA:	6 NIVEL:
7	R.F.C.: ROXA720802HL9	8 HORARIO DE TRABAJO:
9	CURP: ROXA720802MASMXN02	
10	MOV/INCIDENCIA ALTA SUPERNUMERARIA INTERINATO EVENTUAL DATOS PARA ALTA EN EL I.M.S.S.	EL TRABAJADOR DE NUEVO INGRESO SUSTITUYE A: NOMBRE DEL TRABAJADOR: PERCEPCION SUGERIDA: SUELDO BASE COMPEN.EXT. PRODUCTIVIDAD PRESTACIONES TOTAL NIVEL TAB. DOMICILIO ACTUAL: CALLE, COLONIA Y NUMERO EXT. (POBLACION) HA ESTADO AFILIADO AL I.M.S.S. SI NO NOMBRE DE LOS PADRES (AUN VIVOS): PADRE: MADRE: NUM. AFILIACION I.M.S.S. LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: (ESTADO)
11	BAJA	NUMERARIA SUPERNUMERARIA MOTIVO: RENUNCIA DESPIDO JUSTIFICADO FALLECIMIENTO PENSION INVALIDEZ OTROS (ESPECIFICAR) EN CADA CASO ES INDISPENSABLE ANEXAR LOS DOCUMENTOS CORRESPONDIENTES
12	MODIFICACION REESTRUCTURACION PERCEPCIONES	PERCEPCION ACTUAL: SUELDO BASE COMPEN.EXT. PRODUCTIVIDAD PRESTACIONES TOTAL NIVEL TAB. PERCEPCION SUGERIDA: SUELDO BASE COMPEN.EXT. PRODUCTIVIDAD PRESTACIONES TOTAL NIVEL TAB.
13	CAMBIOS DE CLAVE	ALTA EN BAJA EN
14	REEMBOLSO POR DESCTO.	TOTAL MOTIVO
15	PAGO POR UNICA VEZ	TOTAL MOTIVO
16	FALTAS	DIAS CAMBIO DE HORARIO HORARIO ANTERIOR:
17	RETARDOS	CANTIDAD VACACIONES DIAS PERIODO Periodo 2 del 2016 - 1 dia(s) DE 03/02/2017 AL 03/02/2017
20	PERMISO	CON GOCE DE SUELDO SIN GOCE DE SUELDO DIAS MOTIVO
21	JUSTIFICAR	MOVIMIENTO FECHA MOTIVO
22	INCAPACIDAD	ENFERMEDAD MATERNIDAD RIESGO DE TRABAJO DIAS PERIODO
23	PERMISO POR LACTANCIA	DIAS PERIODO HORARIO
24	SUSPENSION	DIAS PERIODO MOTIVO
25	REANUDACION DE LABORES	DIA MES AÑO POR MOTIVO DE
28	QUINQUENIOS	NUMERO
27	SOLICITA NOMBRE MARIA DE LOS ANGELES ROMO XXX CARGO TECNICO DE GESTION E IMPLEMENTACION DIGITAL FECHA 02/02/2017 FIRMA	AUTORIZA NOMBRE DAVID GONZALO ZAPATA LEAL CARGO COORDINADOR GENERAL DE MEJORES PRACTICAS GUBERNAMENTALES FECHA 02/02/2017 FIRMA
		VO. BO. DE DEPENDENCIA / ENTIDAD NOMBRE LAE RODOLFO ESQUIVEL CANEDO CARGO DIR. GRAL. ADMINISTRATIVO FECHA 02/02/2017 FIRMA



AGUASCALIENTES
GOBIERNO DEL ESTADO

GOBIERNO DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES
OFICIALÍA MAYOR
Solicitud de Movimientos e Incidencias del Personal

FOLIO
23166

1	CLAVE PRESUPUESTAL 12512	DEPENDENCIA - ENTIDAD: OFICIALIA MAYOR
3	NOMBRE DEL TRABAJADOR: ALEJANDRA RODRIGUEZ ORTIZ	4 CARGO: ASISTENTE DE ADQUISICIONES
5	CATEGORIA:	6 NIVEL:
7	R.F.C.: ROOA690530AW3	8 HORARIO DE TRABAJO:
9	CURP: ROOA690530MASDRL05	

10	MOV./INCIDENCIA	EL TRABAJADOR DE NUEVO INGRESO SUSTITUYE A:	NOMBRE DEL TRABAJADOR:
	NUMERARIA <input type="checkbox"/>	PERCEPCION SUGERIDA:	
	ALTA <input type="checkbox"/>	SUELDO BASE	COMPEN.EXT. PRODUCTIVIDAD PRESTACIONES TOTAL NIVEL TAB.
	UPERNUMERARIA <input type="checkbox"/>		
	INTERINATO <input type="checkbox"/>	DOMICILIO ACTUAL: CALLE, COLONIA Y NUMERO EXT. (POBLACION)	
	EVENTUAL <input type="checkbox"/>	HA ESTADO AFILIADO AL I.M.S.S.	NOMBRE DE LOS PADRES (AUN FINADOS):
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PADRE:
	DATOS PARA ALTA	NUM. AFILIACION I.M.S.S.	MADRE:
	EN EL I.M.S.S.	LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: (ESTADO)	

11	BAJA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NUMERARIA 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
----	-------------------------------	--

12	MODIFICACION REESTRUCTURACION	PERCEPCION ACTUAL:	SUELDO BASE	COMPEN.EXT.	PRODUCTIVIDAD	PRESTACIONES	TOTAL	NIVEL TAB.
	PERCEPCIONES <input type="checkbox"/>	PERCEPCION SUGERIDA:	SUELDO BASE	COMPEN.EXT.	PRODUCTIVIDAD	PRESTACIONES	TOTAL	NIVEL TAB.

13	CAMBIO DE CLAVE <input type="checkbox"/>	ALTA EN	BAJA EN
14	REEMBOLSO POR DISCTO. <input type="checkbox"/>	TOTAL	MOTIVO
15	PAGO POR UNICA VEZ <input type="checkbox"/>	TOTAL	MOTIVO

16	FALTAS <input type="checkbox"/>	DIAS	18 CAMBIO DE HORARIO <input type="checkbox"/>	HORARIO ANTERIOR:
17	RETARDOS <input type="checkbox"/>	CANTIDAD	19 VACACIONES <input checked="" type="checkbox"/>	DIAS PERIODO 1 Periodo 2 del 2015 - 1 dia(s) DE 03/02/2017 AL 03/02/2017

20	PERMISO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CON GOCE DE SUELDO <input type="checkbox"/> SIN GOCE DE SUELDO DIAS 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 DIAS PERIODO
23	PERMISO POR LACTANCIA <input type="checkbox"/>	DIAS PERIODO HORARIO
24	SUSPENSION <input type="checkbox"/>	DIAS PERIODO MOTIVO
25	REANUDACION DE LABORES <input type="checkbox"/>	DIA MES AÑO POR MOTIVO DE
26	QUINQUENIOS <input type="checkbox"/>	NUMERO

27	SOLICITA NOMBRE ALEJANDRA RODRIGUEZ ORTIZ CARGO ASISTENTE DE ADQUISICIONES FECHA 07/02/2017 FIRMA	AUTORIZA NOMBRE ERNESTO RUIZ VELASCO DE LIRA CARGO DIRECTOR GENERAL DE ADQUISICIONES FECHA 07/02/2017 FIRMA	VO. BO. DE DEPENDENCIA / ENTIDAD NOMBRE LAE RODOLFO ESCOBAR GONZALEZ CARGO DIR. GRAL. ADMINISTRATIVO FECHA 07/02/2017 FIRMA
----	---	---	---

[illegible]

[illegible]



AGUASCALIENTES
GOBIERNO DEL ESTADO

GOBIERNO DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES
OFICIALÍA MAYOR
Solicitud de Movimientos e Incidencias del Personal

FOLIO
22947

CLAVE PRESUPUESTAL 1 00035		DEPENDENCIA - ENTIDAD: OFICIALIA MAYOR	
NOMBRE DEL TRABAJADOR: 3 JUAN MATEO GONZALEZ GARCIA		CARGO: 4 JEFE DEL DEPTO. DE MANTENIMIENTO ELECTRICO	
CATEGORIA: 5	NIVEL: 6	R.F.C.: 7 GOGJ380920UHA	HORARIO DE TRABAJO: 8
		CUMPL: 9 GOGJ380920HASNRN05	
MOV./INCIDENCIA			
EL TRABAJADOR DE NUEVO INGRESO SUSTITUYE A: NOMBRE DEL TRABAJADOR			
PERCEPCION SUGERIDA:			
SUELDO BASE COMPEN.EXT. PRODUCTIVIDAD PRESTACIONES TOTAL NIVEL TAB.			
DOMICILIO ACTUAL: CALLE, COLONIA Y NUMERO EXT. (POBLACION)			
HA ESTADO AFILIADO AL I.M.S.S. SI NO			
NOMBRE DE LOS PADRES (AUN VIVOS):			
PADRE: MADRE:			
NUM. AFILIACION I.M.S.S.			
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: (ESTADO)			
BAJA			
NUMERARIA MOTIVO: RENUNCIA FALLECIMIENTO INVALIDEZ EN CADA CASO ES INDISPENSABLE ANEXAR LOS DOCUMENTOS CORRESPONDIENTES			
SUPERNUMERARIA DESPIDO JUSTIFICADO PENSION OTROS (ESPECIFICAR)			
MODIFICACION REESTRUCTURACION PERCEPCIONES			
PERCEPCION ACTUAL:			
SUELDO BASE COMPEN.EXT. PRODUCTIVIDAD PRESTACIONES TOTAL NIVEL TAB.			
PERCEPCION SUGERIDA:			
SUELDO BASE COMPEN.EXT. PRODUCTIVIDAD PRESTACIONES TOTAL NIVEL TAB.			
CAMBIO DE CLAVE			
ALTA EN BAJA EN			
REEMBOLSO POR DISCOTO			
TOTAL MOTIVO			
PAGO POR UNICA VEZ			
TOTAL MOTIVO			
FALTAS			
DIAS CAMBIO DE HORARIO HORARIO ANTERIOR			
RETARDOS			
CANTIDAD VACACIONES			
DIAS PERIODO			
2 Periodo 2 del 2016 - 2 dia(s) DE 02/02/2017 AL 03/02/2017			
PERMISO			
CON GOCE DE SUELDO SIN GOCE DE SUELDO DIAS MOTIVO			
JUSTIFICAR			
MOVIMIENTO FECHA MOTIVO			
INCAPACIDAD			
ENFERMEDAD MATERNIDAD RIESGO DE TRABAJO DIAS PERIODO			
PERMISO POR LACTANCIA			
DIAS PERIODO HORARIO			
SUSPENSION			
DIAS PERIODO MOTIVO			
REANUDACION DE LABORES			
DIA MES AÑO POR MOTIVO DE			
QUINQUENIOS			
NUMERO			
SOLICITA			
NOMBRE JUAN MATEO GONZALEZ GARCIA			
CARGO JEFE DEL DEPTO. DE MANTENIMIENTO ELECTRICO			
FECHA 31/01/2017			
FIRMA			
AUTORIZA			
NOMBRE RODOLFO ESQUIVEL CANEDO			
CARGO DIRECTOR GENERAL ADMINISTRATIVO			
FECHA 31/01/2017			
FIRMA			
VO. SO. DE DEPENDENCIA / ENTIDAD			
NOMBRE LA RODOLFO ESQUIVEL CANEDO			
CARGO DIR. GRAL. ADMINISTRATIVO			
FECHA 31/01/2017			
FIRMA			

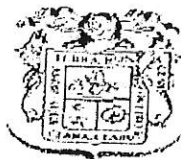


AGUASCALIENTES
GOBIERNO DEL ESTADO

GOBIERNO DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES
OFICIALÍA MAYOR
Solicitud de Movimientos e Incidencias del Personal

FOLIO
23160

1	CLAVE PRESUPUESTAL 02565	DEPENDENCIA - ENTIDAD OFICIALIA MAYOR
3	NOMBRE DEL TRABAJADOR: MARIA DEL CARMEN OROZCO GONZALEZ	4 CARGO ASISTENTE DE MODERNIZACION ADMINISTRATIVA
5	CATEGORIA	6 NIVEL
7	R.F.C.: OOGC661006SL5	8 HORARIO DE TRABAJO
9	CURP: OOGC661006MASRNR05	
10	MOV-INCIDENCIA ALTA SUPERNUMERARIA INTERINATO EVENTUAL DATOS PARA ALTA EN EL I.M.S.S.	EL TRABAJADOR DE NUEVO INGRESO SUSTITUYE A: NOMBRE DEL TRABAJADOR PERCEPCION SUGERIDA: SUELDO BASE COMPEN.EXT. PRODUCTIVIDAD PRESTACIONES TOTAL NIVEL TAB. DOMICILIO ACTUAL: CALLE, COLONIA Y NUMERO EXT. (POBLACION) HA ESTADO AFILIADO AL I.M.S.S. SI NO NOMBRE DE LOS PADRES (AUX. FIANADOS) PADRE: MADRE: NUM. AFILIACION I.M.S.S. LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: (ESTADO)
11	BAJA	<input type="checkbox"/> NUMERARIA 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
12	MODIFICACION REESTRUCTURACION PERCEPCIONES	PERCEPCION ACTUAL: SUELDO BASE COMPEN.EXT. PRODUCTIVIDAD PRESTACIONES TOTAL NIVEL TAB. PERCEPCION SUGERIDA: SUELDO BASE COMPEN.EXT. PRODUCTIVIDAD PRESTACIONES TOTAL NIVEL TAB.
13	CAMBIO DE CLAVE	ALTA EN BAJA EN
14	REEMBOLSO POR DESCTO.	TOTAL MOTIVO
15	PAGO POR UNICA VEZ	TOTAL MOTIVO
16	FALTAS	DIAS CAMBIO DE HORARIO HORARIO ANTERIOR HORARIO NUEVO
17	RETRARDOS	CANTIDAD VACACIONES X DIAS PERIODO 5 Periodo 2 del 2016 - 5 dia(s) DE 30/01/2017 AL 03/02/2017
20	PERMISO	<input type="checkbox"/> CON GOCE DE SUELDO <input type="checkbox"/> SIN GOCE DE SUELDO DIAS MOTIVO
21	JUSTIFICAR	MOVIMIENTO FECHA MOTIVO
22	INCAPACIDAD	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> MATERNIDAD <input type="checkbox"/> RIESGO DE TRABAJO DIAS PERIODO
23	PERMISO POR LACTANCIA	DIAS PERIODO HORARIO
24	SUSPENSION	DIAS PERIODO MOTIVO
25	REANUDACION DE LABORES	DIA MES AÑO POR MOTIVO DE
26	QUINQUENIOS	NUMERO
27	SOLICITA NOMBRE MARIA DEL CARMEN OROZCO GONZALEZ CARGO ASISTENTE DE MODERNIZACION ADMINISTRATIVA FECHA 07/02/2017 FIRMA	AUTORIZA NOMBRE DAVID GONZALO ZAPATA LEAL CARGO COORDINADOR GENERAL DE MEJORES PRACTICAS GUBERNAMENTALES FECHA 07/02/2017 FIRMA
		VO. BO. DE DEPENDENCIA ENTIDAD NOMBRE LAE RODOLFO ESQUIVEL CANEDO CARGO DIR. GFAL. ADMINISTRATIVO 29 FECHA 07/02/2017 FIRMA



OFMA

OFICIALÍA MAYOR

Circular No. 002/2017

Aguascalientes, Ags., 01 de Febrero de 2017.

A todos los Directores y/o Jefes Administrativos de las Dependencias de Gobierno del Estado

Presente:

De conformidad con las atribuciones que se confieren los artículos 14 fracción II y III del Reglamento Interior de la Oficialía Mayor del Gobierno del Estado de Aguascalientes a saber, así como lo señalado en el artículo artículo 124 del Manual de Lineamientos de la Oficialía Mayor del Gobierno del Estado de Aguascalientes a saber:

Artículo 124.- "El responsable Administrativo deberá tener a su cargo el control de incapacidades del personal adscrito a su Dependencia y/o Entidad".

Y en cumplimiento al artículo 71 del Reglamento Interior de la Administración Pública Estatal que a la letra dice:

Artículo 71.- "Los trabajadores de Gobierno del Estado por sí o a través de su representante, deberán entregar las incapacidades por enfermedad general, maternidad o riesgo laboral, al Jefe ó Responsable Administrativo de la Dependencia y/o Unidad de apoyo a la que pertenezca, máximo dos días de ser expedida la incapacidad por el I.M.S.S. (Instituto Mexicano del Seguro Social), en caso contrario, se realizarán los descuentos respectivos nómina y no se tendrá derecho a reembolso".

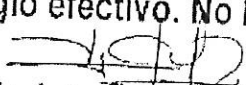
Dando cumplimiento a lo antes expuesto me permito solicitar su apoyo para que las Incapacidades de los trabajadores se capturen en el Sistema Integral de Capital Humano (SICH) de manera inmediata y se entreguen las incidencias con los certificados de Incapacidad, a esta Coordinación dentro de los cinco días hábiles a partir de la fecha que la expida el I.M.S.S.

Se reitera la importancia de llevar a cabo estas acciones y cumplir con lo establecido en la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin más por el momento quedo a sus órdenes para cualquier aclaración adicional.

Atentamente

"Sufragio efectivo. No Reelección"


L.A.F. Virginia Adriana Calzada Ortiz
Coordinadora General de Capital Humano

c.c.p. Archivo
LAF/VACO/rpl

9:48



AGUASCALIENTES
GOBIERNO DEL ESTADO

GOBIERNO DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES
OFICIALÍA MAYOR
Solicitud de Movimientos e Incidencias del Personal

FOLIO
23172

1	CLAVE PRESUPUESTAL 60109	DEPENDENCIA - ENTIDAD: OFICIALIA MAYOR
3	NOMBRE DEL TRABAJADOR: SARA RODRIGUEZ PEREZ	CARGO: JEFE DEL DEPTO. DE EVALUACION Y CAPACITACION AL PERSONAL
5	CATEGORIA:	NIVEL:
7	R.F.C.: ROPS781123CJ9	HORARIO DE TRABAJO:
9	CURP: ROPS781123MASDRR07	
10	MOV/INCIDENCIA	EL TRABAJADOR DE NUEVO INGRESO SUSTITUYE A:
11	BAJA	PERCEPCION SUGERIDA: SUELDO BASE COMPEN.EXT. PRODUCTIVIDAD PRESTACIONES TOTAL NIVEL TAB.
12	MODIFICACION RESTRUCTURACION	PERCEPCION SUGERIDA: SUELDO BASE COMPEN.EXT. PRODUCTIVIDAD PRESTACIONES TOTAL NIVEL TAB.
13	CAMBIO DE CLAVE	ALTA EN BAJA EN
14	REEMBOLSO POR DISCTO	TOTAL MOTIVO
15	PAGO POR UNICA VEZ	TOTAL MOTIVO
16	FALTAS	DIAS 18 CAMBIO DE HORARIO HORARIO ANTERIOR HORARIO NUEVO
17	RETRAYDOS	CANTIDAD 19 VACACIONES DE 02/02/2017 AL 03/02/2017
20	PERMISO	CON GOCE DE SUELDO SIN GOCE DE SUELDO DIAS 2 MOTIVO FALLECIMIENTO FAMILIAR
21	JUSTIFICAR	MOVIMIENTO FECHA MOTIVO
22	INCAPACIDAD	ENFERMEDAD MATERNIDAD RIESGO DE TRABAJO DIAS PERIODO
23	PERMISO POR LACTANCIA	DIAS PERIODO HORARIO
24	SUSPENSION	DIAS PERIODO MOTIVO
25	REANUDACION DE LABORES	DIA MES AÑO POR MOTIVO DE
26	QUINQUENIOS	NUMERO
27	SOLICITA NOMBRE SARA RODRIGUEZ PEREZ CARGO JEFE DEL DEPTO. DE EVALUACION Y CAPACITACION AL PERSONAL FECHA 07/02/2017 FIRMA	AUTORIZA NOMBRE VIRGINIA ADRIANA CALZADA ORTIZ CARGO COORDINADORA GENERAL DE CAPITAL HUMANO FECHA 07/02/2017 FIRMA
		VO. BO. DE DEPENDENCIA / ENTIDAD NOMBRE LAE RODOLFO ESCOBAR CARRERO CARGO DIR. GRAL. ADMINISTRATIVA FECHA 07/02/2017 FIRMA



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017
FOLIO

170857521

10-1 Calle 10-3 Adolfo Ruiz
15-7-20196
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, Y A LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

REG. CIVIL

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Rodriguez Rodriguez Toranzo</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO <u>15/11/1944</u>	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>Zacatecas</u>	
5. CURP <u>RORT4411015H2SDROS</u>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos <input type="text"/> Para menores de un día: Horas <input type="text"/> Para menores de un mes: Días <input type="text"/> Para menores de un año: Meses <input type="text"/> Para personas de un año o más: Años cumplidos <u>72</u>	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivió el fallecido (a): <u>Arribo Ruiz Gomez 2a E 303 Fracc. Primo Verdad</u>	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL Empleado <input checked="" type="radio"/> Trabajaba <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Hospital General de Zona #2 <u>Arribo Ruiz Gomez 2a E 303 Fracc. Primo Verdad</u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>Fraccionamiento</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>Arribo Ruiz Gomez 2a E 303 Fracc. Primo Verdad</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>102</u> 15.4 Núm. Interior: <u>102</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Arribo Ruiz Gomez 2a E 303 Fracc. Primo Verdad</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Arribo Ruiz Gomez 2a E 303 Fracc. Primo Verdad</u> 15.7 Código Postal: <u>2101296</u> 15.8 Localidad: <u>Arribo Ruiz Gomez 2a E 303 Fracc. Primo Verdad</u> 15.9 Municipio o delegación: <u>Arribo Ruiz Gomez 2a E 303 Fracc. Primo Verdad</u> 15.10 Entidad federativa: <u>Arribo Ruiz Gomez 2a E 303 Fracc. Primo Verdad</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día: <u>15</u> Mes: <u>7</u> Año: <u>2019</u> Horas: <u>17</u> Minutos: <u>55</u>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) a) <u>Evento Vascular Cerebral Hemorrágico</u> b) <u>Hemorragia Tálamica</u> c) <u>Transcortinemia Severa</u> d) <u>Conc. de Prostata</u>	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: <u>55.719.70</u>	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS, 21.1 ¿Fue un parto? 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto accidente o homicidio? 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)	
23. NOMBRE 23.1 Nombre(s) 23.2 Primer Apellido 23.3 Segundo Apellido 23.4 Parentesco con el(a) fallecido(a)	
25. CERTIFICADA POR 25.1 Médico tratante 25.2 Médico legista 25.3 Otro médico 25.4 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 25.5 Otro 25.6 Fecha de certificación	
27. NOMBRE 27.1 Nombre(s) 27.2 Primer Apellido 27.3 Segundo Apellido 27.4 Fecha de certificación	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda 29.2 Nombre de la vivienda 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o delegación 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO	

Recibí
Karla N.
9-Feb-2017



SINDICATO UNICO DE TRABAJADORES
ESTATALES Y MUNICIPALES
DE AGUASCALIENTES



Aguascalientes, Ags., 05 de Enero del 2017.

C.P. JUAN FRANCISCO LARIOS ESPARZA
OFICIAL MAYOR DE GOBIERNO DEL ESTADO
P R E S E N T E.

Por este conducto, respetuosamente nos dirigimos a usted, no sin antes enviándole un cordial saludo y aprovechamos la ocasión para reiterarle la necesidad de seguir contando con Personal Comisionado en esta Organización Sindical; por lo que solicitamos muy atentamente, se Comisione con Goce de Sueldo, al C. GABRIEL MEDINA RAMIREZ, Secretario del Interior.

Dicha Comisión se solicita por 6 meses, a partir del 1º de Enero del presente año.


Seguros de contar con el favor de su apoyo y una respuesta favorable a lo anterior solicitado, por esta misma vía, nos despedimos de usted y le reiteramos nuestras más distinguidas deferencias.


OFICIALÍA MAYOR
RECIBIDO
06 ENE 2017
HORA: 9:47
RECIBIÓ: HLD
RECEPCION

ATENTAMENTE
"UNIDOS PROGRESAREMOS"
C. FEDERICO DOMINGUEZ IBARRA
SECRETARIO GENERAL



C.c.p.- LIC. FRANCISCO JAVIER LUEVANO NUÑEZ.-Secretaría de Gobierno,
C.c.p.- Archivo.

 OFMA <small>OFICIALÍA MAYOR DEL ESTADO</small>	Gobierno del Estado de Aguascalientes Oficialía Mayor	
	PASE DE SALIDA	
Fecha: 3 / 2 / 17	Dirección General: Servicio	
Nombre del solicitante: Pedro Salas		
Motivo de la ausencia:	Horario en el que se ausentará:	
Laboral (X) Personal ()		
Domicilio y/o Dependencia a donde acudirá:		
Palacio Apagón		
Hora de salida: 9:00	Firma del solicitante al salir:	
Hora de regreso: 12:30	Firma del solicitante al regresar:	
Autorización del Director General:		

 OFMA <small>OFICIALÍA MAYOR DEL ESTADO</small>	Gobierno del Estado de Aguascalientes Oficialía Mayor	
	PASE DE SALIDA	
Fecha: 3 / 2 / 17	Dirección General: Servicios	
Nombre del solicitante: Juan Ignacio González		
Motivo de la ausencia:	Horario en el que se ausentará:	
Laboral (X) Personal ()		
Domicilio y/o Dependencia a donde acudirá:		
Palacio Apagón		
Hora de salida: 9:00	Firma del solicitante al salir:	
Hora de regreso: 12:30	Firma del solicitante al regresar:	
Autorización del Director General:		