



OFMA

OFICIALÍA MAYOR DEL ESTADO

ACUSE DE RECIBIDO

OFFICIALIA
MAYOR
RECIBIDO
14 FEB 2017
HORA: 8:00
RECUDE: ✓
RECEPCION

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 Pérez	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 Alonso Salas	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"



AGUASCALIENTES
GOBIERNO DEL ESTADO

GOBIERNO DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES

OFICIALÍA MAYOR

Solicitud de Movimientos e Incidencias del Personal

FOCO
23127

CLAVE PRESUPUESTAL 1 14983		DEPENDENCIA - ENTIDAD OFICIALÍA MAYOR			
NOMBRE DEL TRABAJADOR 3 CESAR CANDIDO JIMENEZ GONZALEZ		CARGO. 4 OFICIAL DE MONTAJE A			
CATXORIA 5		NIVEL: 6	R.F.C.: 7 JIGC7702023EO		
		HORARIO DE TRABAJO 8	CURP: 9 JIGC770202HASMNS08		
MOV./INCIDENCIA 10		EL TRABAJADOR DE NUEVO INGRESO SUS TIENVE A: NOMBRE DEL TRABAJADOR:			
NUMERARIA ALTA SUPERNUMERARIA INTERINATO EVENTUAL DATOS PARA ALTA EN EL. IMSS		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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		NOMBRE DE LOS PADRES (AUN FINADOS): PADRE: <input type="text"/> MADRE: <input type="text"/>			
NUM. AFILIACION AL MSS.					
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO. (ESTADO)					
11 BAJA <input type="checkbox"/>		PERCEPCION ACTUAL: SUELDO BASE COMPEN EXT PRODUCTIVIDAD PRESTACIONES TOTAL NIVEL TAB.			
PERCEPCION SUGERIDA: SUELDO BASE COMPEN EXT. PRODUCTIVIDAD PRESTACIONES TOTAL NIVEL TAB.		EN CADA CASO ES INDISPENSABLE. ANEXAR LOS DOCUMENTOS CORRESPONDIENTES			
MODIFICACION RESTRUCTURACION PERCEPCIONES <input type="checkbox"/>					
CAMBIO DE CLAVE <input type="checkbox"/>		AUTA EN BAJA EN <input type="text"/>			
REIMBOLSO POR DISCTO. <input type="checkbox"/>		TOTAL MOTIVO			
PAGO POR UNICA VIZ. <input type="checkbox"/>		TOTAL MOTIVO			
FALTAS <input type="checkbox"/>		DIAS <input type="text"/> 18 CAMBIO DE HORARIO <input type="checkbox"/> HORARIO ANTERIOR: <input type="text"/> HORARIO NUEVO: <input type="text"/>			
RETARDOS <input type="checkbox"/>		CANTIDAD <input type="text"/> 19 VACACIONES <input type="checkbox"/> DIAS PERIODO <input type="text"/> DE <input type="text"/> AL <input type="text"/>			
PERMISO <input type="checkbox"/>		CON GOCE DE SUELDO <input type="checkbox"/> SIN GOCE DE SUELDO <input type="checkbox"/> DIAS <input type="text"/> MOTIVO <input type="text"/>			
JUSTIFICAR <input type="checkbox"/>		MOVIMIENTO <input type="text"/> FECHA <input type="text"/> MOTIVO <input type="text"/>			
INCAPACIDAD IMSS: 16234469 <input checked="" type="checkbox"/>		ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> MATERNIDAD <input type="checkbox"/> RIESGO DE TRABAJO <input type="checkbox"/> DIAS 21 PERIODO 30/01/2017 - 19/02/2017	<i>OFICIALIA MAYOR</i>		
PERMISO POR LACTANCIA <input type="checkbox"/>		DIAS PERIODO <input type="text"/> HORARIO <input type="text"/>	<i>RECEBIDO</i>		
SUSPENSION <input type="checkbox"/>		DIAS PERIODO <input type="text"/> MOTIVO <input type="text"/>	<i>03 FEB 2017</i>		
REANUDACION DE LABORES <input type="checkbox"/>		DIA MES AÑO FOR MOTIVO DE <input type="text"/>			
QUINQUENIOS <input type="checkbox"/>		NUMERO <input type="text"/>	<i>MORA:</i>		
SOLICITA NOMBRE CESAR CANDIDO JIMENEZ GONZALEZ CARGO OFICIAL DE MONTAJE A 27 FECHA 03/02/2017 FIRMA <i>[Signature]</i>				AUTORIZA NOMBRE RODOLFO ESCUVEL CANEDO CARGO DIRECTOR GENERAL ADMINISTRATIVO 28 FECHA 03/02/2017 FIRMA <i>[Signature]</i>	VO. FO. DE DEPENDENCIA / ENTIDAD NOMBRE RODOLFO ESCUVEL CANEDO CARGO DIR. GRAL. ADMINISTRATIVO 29 FECHA 03/02/2017 FIRMA <i>[Signature]</i>

UNIDAD MEDICA EXPEDIDORA H6741			NIVEL ATENCIÓN TK 3	DELEG/UMAE 01 AGS	CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE L 0 234469			NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DIGITO VERIFICADOR 5194771630		
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADRSCRIPCIÓN O1		DELEGIÓN DE ADRSCRIPCIÓN AGS	NOMBRE DEL (LOS) PATRÓN(ES) Gobierno del Estado y Ayuntamientos		PUESTO DE TRABAJO Oficial de montaje		CURP			
INICIAL 2	SUÉS. 3	RECAUDA 1	DIAS AUTORIZADOS (LETRA) VENTI UNO		NÚMERO 21	A PARTIR DEL	DIA 30	MES 01	ANIO 2017	
RIESGO DE TRABAJO RAÍZ DE SEGURIDAD		ENFERMEDAD	MATERNIDAD	CONTR. MATERNIDAD		EXPEDIDO EL	DIA 02	MES 02	ANIO 2017	
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO							DIAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD 21			
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS										
<ul style="list-style-type: none"> El asegurado a quien se entregó copia de este documento se encuentra Incapacitado para trabajar a partir de la fecha y durante el periodo que se indican en este duplicado. Si el asegurado regresare a sus labores antes de la terminación del periodo 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 periodos de incapacidad reconocidos por el IMSS quedarán a cargo del patron. 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 ASSEGURADO MÉDICO TRATANTE Dr. Manuel Quezada Hernández Trumatología / Ortopedia FIRMA ESTATE CULIA IMSS Ced. Prof. 5214084										
NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZA										

COPIA PATRÓN



AGUASCALIENTES
GOBIERNO DEL ESTADO

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

FOLIO
22719

CLAVE PRESUPUESTAL 1 02238		DEPENDENCIA - ENTIDAD: OFICIALÍA MAYOR	
NOMBRE DEL TRABAJADOR: 3 VICTOR ENRIQUE ORTIZ LOPEZ		CARGO: 4 DIRECTOR DE SOPORTE Y BASES DE DATOS	
CATEGORIA: 5		NIVEL: 6	R.F.C.: 7 OILV7309026T1
		HORARIO DE TRABAJO: 8	CURP: 9 OILV730902HRSRPC02
MOV/INCIDENCIA 10		EL TRABAJADOR DE NUEVO INGRESO SUSTITUYE A: PERCEPCION SUGERIDA: SUELDO BASE COMPEN.EXT. PRODUCTIVIDAD PRESTACIONES TOTAL NIVEL TAB.	
ALTA SUPERNUMERARIA INTERINATO EVENTUAL DATOS PARA ALTA EN PI. I.M.S.S.		DOMICILIO ACTUAL: CALLE, COLONIA Y NUMERO EXT. (POBLACION) HA ESTADO AFILIADO AL I.M.S.S. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PADRE: _____ MADRE: _____ LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: (ESTADO) _____	
BAJA 11		PERCEPCION ACTUAL: SUELDO BASE COMPEN.EXT. PRODUCTIVIDAD PRESTACIONES TOTAL NIVEL TAB. PERCEPCION SUGERIDA: SUELDO BASE COMPEN.EXT. PRODUCTIVIDAD PRESTACIONES TOTAL NIVEL TAB.	
MODIFICACION REESTRUCTURACION PERCEPCIONES 12		OFICIALÍA MAYOR PERIODICIDAD 01 FEB 2017	
CAMBIO DE CLAVE 13		ALTA EN BAJA EN PERIODICIDAD 01 FEB 2017	
REEMBOLSO POR DESCTO. 14		TOTAL MOTIVO 01 FEB 2017	
PAGO POR UNICA VEZ 15		TOTAL MOTIVO HORA: 17:16 RECIBE: ECAUA	
FALTAS 16		DIAS <input type="checkbox"/> 18 CAMBIO DE HORARIO <input type="checkbox"/> HORARIO ANTERIOR: _____	DIRECCION GENERAL ADMINISTRATIVA DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS
RETARDOS 17		CANTIDAD <input type="checkbox"/> 19 VACACIONES <input checked="" type="checkbox"/> DIAS PERIODO 2 Periodo 2 del 2016 - 2 dia(s)	DE 02/02/2017 AL 03/02/2017
PERMISO 20		<input type="checkbox"/> CON GOCE DE SUELDO <input type="checkbox"/> SIN GOCE DE SUELDO	DIAS MOTIVO
JUSTIFICAR 21		MOVIMIENTO FECHA	MOTIVO
INCAPACIDAD 22		<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> MATERNIDAD <input type="checkbox"/> RIESGO DE TRABAJO	DIAS PERIODO
PERMISO POR LACTANCIA 23		DIAS PERIODO	HORARIO
SUSPENSION 24		DIAS PERIODO	MOTIVO
REANUDACION DE LABORES 25		DIA MES AÑO	POR MOTIVO DE
QUINQUENIOS 26		NUMERO	
SOLICITA 27 NOMBRE VICTOR ENRIQUE ORTIZ LOPEZ CARGO DIRECTOR DE SOPORTE Y BASES DE DATOS FECHA 23/01/2017 FIRMA		AUTORIZA 28 NOMBRE DAVID GONZALO ZAPATA LEAL CARGO COORDINADOR GENERAL DE MEJORES PRACTICAS GUBERNAMENTALES FECHA 23/01/2017 FIRMA	VO. BO. DE DEPENDENCIA / ENTIDAD NOMBRE LAE RODOLFO ESQUIVEL CANEDO CARGO DIR. GRAL. ADMINISTRATIVO FECHA 23/01/2017 FIRMA



GOBIERNO DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES

OFICIALIA MAYOR

SOLICITUD DE MOVIMIENTOS E INCIDENCIAS DEL PERSONAL

FOLIO _____

1 CLAVE PRESUPUESTAL 1 61393	DEPENDENCIA - ENTIDAD: 2 TALLERES GRAFICOS DEL ESTADO			
3 NOMBRE DEL TRABAJADOR: 3 MAURICIO SALAS VEGA				
4 CARGO: 4 MECÁNICO IMPRESOR				
5 CATEGORIA:	6 NIVEL:	7 R.F.C.: 7 SAVM-740103-G29	8 HORARIO DE TRABAJO: 8 8:00 A.M A 16:00 PM	9 CURP:
MOV. INCIDENCIA		EL TRABAJADOR DE NUEVO INGRESO SUSTITUYE A: _____		
10	NUMERARIA <input type="checkbox"/>	PERCEPCION SUGERIDA: SUELDO BASE _____ COMPEN.EXT. _____ PRODUCTIVIDAD _____ PRESTACIONES _____ TOTAL _____ NIVEL TAB. _____		
	SUPERNUMERARIA <input type="checkbox"/>	DOMICILIO ACTUAL: CALLE, COLONIA Y NUMERO EXT. (POBLACION) _____		
	INTERNAUTO <input type="checkbox"/>	HA ESTADO AFILIADO AL I.M.S.S.		
	EVENTUAL <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PADRE: _____ MADRE: _____		
	DATOS PARA ALTA EN EL I.M.S.S.	NUM. AFILIACION I.M.S.S. _____ LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: (ESTADO) _____		
	BAJA <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)		
12	MODIFICACION REESTRUCTURACION PERCEPCIONES <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>	ALTA EN <input type="checkbox"/> BAJA EN <input type="checkbox"/>		
REEMBOLSO POR DESCTO. <input type="checkbox"/>	TOTAL <input type="checkbox"/>		MOTIVO _____	
PAGO POR UNICA VEZ <input type="checkbox"/>	TOTAL <input type="checkbox"/>		MOTIVO _____	
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"/>
RETARDOS <input type="checkbox"/>	CANTIDAD <input type="checkbox"/> 19	VACACIONES <input type="checkbox"/>	DIAS <input type="checkbox"/> PERIODO <input type="checkbox"/>	DEL <input type="checkbox"/>
PERMISO <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> CON GOCE DE SUELDO <input type="checkbox"/> SIN GOCE DE SUELDO	DIAS 1 (UNO)		MOTIVO Tiempo por tiempo 03 de Febrero de 2017
JUSTIFICAR <input type="checkbox"/>	MOVIMIENTO <input type="checkbox"/>	FECHA <input type="checkbox"/>	MOTIVO _____	
INCAPACIDAD <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> MATERNIDAD <input type="checkbox"/> RIESGO DE TRABAJO	DIAS <input type="checkbox"/>	PERIODO _____	
PERMISO POR LACTANCIA <input type="checkbox"/>	DIAS <input type="checkbox"/> PERIODO <input type="checkbox"/>	HORARIO _____		
SUSPENSION <input type="checkbox"/>	DIAS <input type="checkbox"/> PERIODO <input type="checkbox"/>	MOTIVO _____		
LABORES <input type="checkbox"/>	DIA <input type="checkbox"/> MES <input type="checkbox"/> AÑO <input type="checkbox"/>	POR MOTIVO DE <input type="checkbox"/>		
QUINQUENIOS <input type="checkbox"/>	NUMERO <input type="checkbox"/>	Vo. Bo. C.P. Luis Enrique ROSAS REYES JEFE DE DEPTO. DE TALLERES GRÁFICOS		

OBSERVACIONES:

SE LE OTORG A CUENTA DE TIEMPO POR TIEMPO

SALDO ANTERIOR 08:20 SE ANEXAN RELACIÓN CON REGISTROS DE SALDO ADICIONAL, SALDO ACTUAL 07:10

SOLICITA NOMBRE MAURICIO SALAS VEGA CARGO MECÁNICO IMPRESOR 27 FECHA FIRMA Mauricio Salas V.	Vo. Bo. DEPENDENCIA/ENTIDAD NOMBRE _____ CARGO _____ 28 FECHA FIRMA _____	AUTORIZA OFICIALIA MAYOR NOMBRE LAE. Rodolfo ESQUIVEL CAÑEDO CARGO DIRECTOR GENERAL ADMINISTRATIVO 29 FECHA FIRMA jueves 02 de febrero del 2017
--	---	---

TALLERES GRAFICOS DEL ESTADO
REGISTRO DE TIEMPO ADICIONAL

Fecha Impresión:
 02/02/2017 13:48

Horario

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

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: <input type="checkbox"/>	NIVEL: <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7	R.F.C.: GAML770905P0	HORARIO DE TRABAJO: <input type="checkbox"/> 8	CURP: GAML770905MASRR06	9			
MOV./INCIDENCIA		EL TRABAJADOR DE NUEVO INGRESO SUSTITUYA: <input type="checkbox"/>					NOMBRE DEL TRABAJADOR:		
10	ALTA SUPERNUMERARIA <input type="checkbox"/>	PERCEPCION SUGERIDA: SUELDO BASE <input type="checkbox"/> COMPEN.EXT. <input type="checkbox"/> PRODUCTIVIDAD <input type="checkbox"/> PRESTACIONES					TOTAL <input type="checkbox"/>	NIVEL TAB. <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 VIVOS):					
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		PADRE: <input type="checkbox"/>			MADRE: <input type="checkbox"/>			
	DATOS PARA ALTA EN EL I.M.S.S.		NUM. AFILIACION I.M.S.S.						
			LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: (ESTADO)						
11	BAJA <input type="checkbox"/>	NUMERARIA <input type="checkbox"/>	MOTIVO: <input type="checkbox"/> RENUNCIA <input type="checkbox"/> SUPERNUMERARIA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> FAILECIMIENTO <input type="checkbox"/> DESPIDO JUSTIFICADO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> INVALIDIZ <input type="checkbox"/> PENSION <input type="checkbox"/> OTROS (ESPECIFICAR)	EN CADA CASO ES INDISPENSABLE ANEXAR LOS DOCUMENTOS CORRESPONDIENTES			
12	MODIFICACION RESTRUCTURACION PERCEPCIONES <input type="checkbox"/>	PERCEPCION ACTUAL: SUELDO BASE <input type="checkbox"/> COMPEN.EXT. <input type="checkbox"/> PRODUCTIVIDAD <input type="checkbox"/> PRESTACIONES					TOTAL <input type="checkbox"/>	NIVEL TAB. <input type="checkbox"/>	
	PERCEPCION SUGERIDA: SUELDO BASE <input type="checkbox"/> COMPEN.EXT. <input type="checkbox"/> PRODUCTIVIDAD <input type="checkbox"/> PRESTACIONES					OFICIALIA MAYOR			
13	CAMBIO DE CLAVE <input type="checkbox"/>	ALTA EN <input type="checkbox"/> BAJA EN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A REVISIÓN						
14	REEMBOLSO POR DESCTO. <input type="checkbox"/>	TOTAL <input type="checkbox"/>		MOTIVO <input type="checkbox"/>		03 FEB 2017			
15	PAGO POR UNICA VIEZ. <input type="checkbox"/>	TOTAL <input type="checkbox"/>		MOTIVO <input type="checkbox"/>		HORA: 11:00 RECIBE: KAPICI, DIRECCION GENERAL ADMINISTRATIVA DEPTO. DE RECURSOS HUMANOS			
16	FALTAS <input type="checkbox"/>	DIAS <input type="checkbox"/> 18	CAMBIO DE HORARIO <input type="checkbox"/>	HORARIO ANTERIOR: <input type="checkbox"/>					
17	RETARDOS <input type="checkbox"/>	CANTIDAD <input type="checkbox"/> 19	VACACIONES <input checked="" type="checkbox"/>	DIAS <input type="checkbox"/> 1	PERIODO Periodo 1 del 2016 - 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 <input type="checkbox"/>	MOTIVO <input type="checkbox"/>				
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		DIAS <input type="checkbox"/>	PERIODO <input type="checkbox"/>				
23	PERMISO POR LACTANCIA <input type="checkbox"/>	DIAS <input type="checkbox"/> PERIODO <input type="checkbox"/>		HORARIO <input type="checkbox"/>					
24	SUSPENSION <input type="checkbox"/>	DIAS <input type="checkbox"/> PERIODO <input type="checkbox"/>		MOTIVO <input type="checkbox"/>					
25	REANUDACION DE LABORES <input type="checkbox"/>	DIA <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"/>							

	SOLICITANTE
NOMBRE	Laura Elizabeth García Marquez
CARGO	Especialista en Políticas de Seguridad de la Información
27 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

CLAVE PRESUPUESTAL 1 03774		DEPENDENCIA - ENTIDAD: OFICIALÍA MAYOR	
NOMBRE DEL TRABAJADOR: 3 MARIA DE LOS ANGELES ROMO XXX		CARGO: 4 TECNICO DE GESTION E IMPLEMENTACION DIGITAL	
CATEGORIA: 5		NIVEL: 6	R.F.C.: 7 ROXA720802HL9
		HORARIO DE TRABAJO: 8	CURP: 9 ROXA720802MASMXN02
MOV/INCIDENCIA 10 ALTA SUPERNUMERARIA INTERINATO EVENTUAL DATOS PARA ALTA EN EL I.M.S.S.		EL TRABAJADOR DE NUEVO INGRESO SUSTITUYE A: 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 FINADOS): PADRE: _____ MADRE: _____ NUM. AFILIACION I.M.S.S.	
		LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: (ESTADO)	
11 BAJA		PERCEPCION ACTUAL: SUeldo BASE COMPEN.EXT. PRODUCTIVIDAD PRESTACIONES TOTAL NIVEL TAB. PERCEPCION SUGERIDA: SUeldo BASE COMPEN.EXT. PRODUCTIVIDAD PRESTACIONES TOTAL NIVEL TAB.	
12 MODIFICACION REESTRUCTURACION PERCEPCIONES		IN CADA CASO ES INDISPENSABLE ANEXAR LOS DOCUMENTOS CORRESPONDIENTES	
13 CAMINO DE CLAVE		ALTA EN BAJA EN	
14 REEMBOLSO POR DESCTO.		TOTAL MOTIVO	
15 PAGO POR UNICA VEZ		TOTAL MOTIVO HORA: PRECIO:	
16 FALTAS		DIAS <input type="checkbox"/> 18 CAMBIO DE HORARIO <input type="checkbox"/> HORARIO ANTERIOR:	
17 RETARDOS		CANTIDAD <input type="checkbox"/> 19 VACACIONES <input checked="" type="checkbox"/> DIAS PERIODO 1 Periodo 2 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: MARIA DE LOS ANGELES ROMO XXX CARGO: TECNICO DE GESTION E IMPLEMENTACION DIGITAL FECHA: 02/02/2017 FIRMA:		AUTORIZA NOMBRE: DAVID GONZALO ZAPATA REAL CARGO: COORDINADOR GENERAL DE MEJORES PRACTICAS GUBERNAMENTALES FECHA: 02/02/2017 FIRMA:	
28		VIGENCIA DE DEPENDENCIA / ENTIDAD NOMBRE: LAE RODOLFO ESQUIEL CANEDO CARGO DIR. GRAL. ADMINISTRATIVO FECHA: 02/02/2017 FIRMA:	



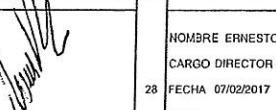
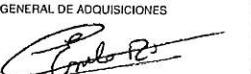
AGUASCALIENTES
GOBIERNO DEL ESTADO

GOBIERNO DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES

OFICIALÍA MAYOR

Solicitud de Movimientos e Incidencias del Personal

23166

1	CLAVE PRESUPUESTAL 12512	DEPENDENCIA - ENTIDAD:	OFICIALIA MAYOR					
3	NOMBRE DEL TRABAJADOR: ALEJANDRA RODRIGUEZ ORTIZ		CARGO: ASISTENTE DE ADQUISICIONES					
5	CATEGORIA: 6	NIVEL: 7	R.F.C.: ROOA690530AW3	HORARIO DE TRABAJO: 8	CURP: ROOA690530MASDRL05			
MOV./INCIDENCIA		EL TRABAJADOR DE NUEVO INGRESO SUSTITUYE A:						
10	NUMERARIA	PERCEPCION SUGERIDA:						
	ALTA	SUELDO BASE	COMPEN.EXT.	PRODUCTIVIDAD	PRESTACIONES	TOTAL	NIVEL TAB.	
	SUPERNUMERARIA							
	INTERINATO	DOMICILIO ACTUAL: CALLE, COLONIA Y NÚMERO EXT. (POBLACION)						
	EVENTUAL.	HA ESTADO AFILIADO AL I.M.S.S.		NOMBRE DE LOS PADRES (AUN FINADOS):				
DATOS PARA ALTA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	PADRE:					
EN EL I.M.S.S.	NUM. AFILIACION I.M.S.S.		MADRE:					
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	EN CADA CASO ES INDISPENSABLE ANEXAR LOS DOCUMENTOS CORRESPONDIENTES	
12	MODIFICACION	PERCEPCION ACTUAL:				TOTAL		NIVEL TAB.
	REESTRUCTURACION	SUELDO BASE	COMPEN.EXT.	PRODUCTIVIDAD	PRESTACIONES			
13	PERCEPCIONES	PERCEPCION SUGERIDA:				OFICIALIA		NIVEL TAB.
	CAMBIO DE CLAVE	SUELDO BASE	COMPEN.EXT.	PRODUCTIVIDAD	PRESTACIONES	TOTAL		
14	ALTA EN BAJA EN					OFICIALIA		NIVEL TAB.
15	REEMBOLSO POR DESCTO.	TOTAL		MOTIVO		08 FEB 2017		
16	PAGO POR UNICA VEZ	TOTAL		MOTIVO		HORA: 14:11		RECIBE: Paquel
17	FALTAS	DIAS <input type="checkbox"/>	18	CAMBIO DE HORARIO <input type="checkbox"/>	HORARIO ANTERIOR:			DIRECCION GENERAL ADMINISTRATIVA DEPART. DE RECURSOS HUMANOS
18	RESTARDOS	CANTIDAD <input type="checkbox"/>	19	VACACIONES <input checked="" type="checkbox"/>	DIAS <input type="checkbox"/>	PERIODO Periodo 2 del 2015 - 1 dia(s)	DE 03/02/2017 AL 03/02/2017	
19	PERMISO	<input type="checkbox"/> CON GOCE DE SUELDO <input type="checkbox"/> SIN GOCE DE SUELDO		DIAS		MOTIVO		
20	JUSTIFICAR	MOVIMIENTO		FECHA		MOTIVO		
21	INCAPACIDAD	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> MATERNIDAD <input type="checkbox"/> RIESGO DE TRABAJO		DIAS		PERIODO		
22	PERMISO POR LACTANCIA	DIAS		PERIODO		HORARIO		
23	SUSPENSION	DIAS		PERIODO		MOTIVO		
24	REANUDACION DE LABORES	DIA <input type="checkbox"/>		MES <input type="checkbox"/>		ANIO <input type="checkbox"/>	POR MOTIVO DE	
25	QUINQUENIOS	NUMERO <input type="checkbox"/>						
								
SOLICITA		AUTORIZA				V.O.B.C. DE DEPENDENCIA / ENTIDAD		
NOMBRE ALEJANDRA RODRIGUEZ ORTIZ		NOMBRE ERNESTO RUIZ VELASCO DE LIRA				NOMBRE LAE RODOLFO ESQUIVEL CANEDO		
CARGO ASISTENTE DE ADQUISICIONES		CARGO DIRECTOR GENERAL DE ADQUISICIONES				CARGO DIR. GRAL. ADMINISTRATIVO		
27	FECHA 07/02/2017	28	FECHA 07/02/2017	FIRMA 	29	FECHA 07/02/2017	FIRMA 	



AGUASCALIENTES
GOBIERNO DEL ESTADO

GOBIERNO DEL ESTADO DE AGUA CALIENTES

OFICIALÍA MAYOR

Solicitud de Movimientos e Incidencias del Personal

20050



AGUASCALIENTES GOBIERNO DEL ESTADO

GOBIERNO DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES

OFICIALÍA MAYOR

Solicitud de Movimientos e Incidencias del Personal

23098

CLAVE PRES. ASISTENCIA	03946	DEPENDENCIA ENTIDAD	OFICIALIA MAYOR												
NOMBRE DEL TRABAJADOR		JESUS MEDRANO MACIAS													
4	CARGO	SUPERVISOR DE PATIO													
5	NIVEL	P.F.C.	HORARIO DE TRABAJO												
		MEMORIA 06/06	8												
6			9												
7			CURP MEMJ691016H2SDCS00												
8															
9															
10	TIPO DE TABLA	11	PERMANENCIA DE TABLA	12	NOMBRE DEL TRABAJADOR										
13	ANIVERSARIO	14	PERCEPCION SUGERIDA	15											
16	ANIVERSARIO	17	SUELDO BASE	18	COMPEN EX	19	PRODUCTIVIDAD	20	PRESTACIONES	21	TOTAL	22	NIVEL TAB		
23	DOMICILIO ACTUAL, CALLE, COLONIA Y NÚMERO EX. DIRECCIÓN	24		25		26		27		28		29			
30	TIPO DE TABLA	31	TIPO DE TABLA ALTA	32	NOMBRE DE LOS PADRES EN SU FAMILIA	33		34		35		36			
37	DOMICILIO ACTUAL, CALLE, COLONIA Y NÚMERO EX. DIRECCIÓN	38	TIPO DE TABLA ALTA	39	MADRE	40		41		42		43			
44	TIPO DE TABLA	45	LOGAR Y FECHA DE NACIMIENTO (ESTADO)	46		47		48		49		50			
51	BAJA	52	<input type="checkbox"/> NEUROSES <input type="checkbox"/> MIGRAÑAS <input type="checkbox"/> RONQUERA <input type="checkbox"/> DAFTICIDIO <input type="checkbox"/> INV. ALIDEZ <input type="checkbox"/> SUPERNUMERARIOS <input type="checkbox"/> DESPIDO JUSTIFICADO <input type="checkbox"/> PENSION <input type="checkbox"/> OTROS (ESPECIFICAR)	53		54		55		56		57	EN CADA CAJA ES INDISPENSABLE ANEXAR LOS DOCUMENTOS CORRESPONDIENTES		
58	DOMICILIO ACTUAL, CALLE, COLONIA Y NÚMERO EX. DIRECCIÓN	59	PERCEPCION ACTUAL	60	SUELDO BASE	61	COMPEN EX	62	PRODUCTIVIDAD	63	PRESTACIONES	64	TOTAL	65	NIVEL TAB
66	PERCEPCIONES	67	PERCEPCION SUGERIDA	68	SUELDO BASE	69	COMPEN EX	70	PRODUCTIVIDAD	71	PRESTACIONES	72	TOTAL	73	NIVEL TAB
74	TIPO DE TABLA	75	ALTA EN BAJA EN	76		77		78		79		80	OFFICIALIA MAYOR	81	
82	DOMICILIO ACTUAL, CALLE, COLONIA Y NÚMERO EX. DIRECCIÓN	83	TIPO DE TABLA	84	TIPO DE TABLA	85	TIPO DE TABLA	86	TIPO DE TABLA	87	TIPO DE TABLA	88	TIPO DE TABLA	89	A REVISION
90	TIPO DE TABLA	91	TIPO DE TABLA	92	TIPO DE TABLA	93	TIPO DE TABLA	94	TIPO DE TABLA	95	TIPO DE TABLA	96	TIPO DE TABLA	97	07 FEB 2017
98	TIPO DE TABLA	99	TIPO DE TABLA	100	TIPO DE TABLA	101	TIPO DE TABLA	102	TIPO DE TABLA	103	TIPO DE TABLA	104	TIPO DE TABLA	105	5:25
106	TIPO DE TABLA	107	TIPO DE TABLA	108	TIPO DE TABLA	109	TIPO DE TABLA	110	TIPO DE TABLA	111	TIPO DE TABLA	112	TIPO DE TABLA	113	HORA: RECIBE:
114	TIPO DE TABLA	115	TIPO DE TABLA	116	TIPO DE TABLA	117	TIPO DE TABLA	118	TIPO DE TABLA	119	TIPO DE TABLA	120	TIPO DE TABLA	121	DIRECCION GENERAL ADMINISTRATIVA DEPARTAMENTO DE DESARROLLO HUMANO
122	TIPO DE TABLA	123	TIPO DE TABLA	124	TIPO DE TABLA	125	TIPO DE TABLA	126	TIPO DE TABLA	127	TIPO DE TABLA	128	TIPO DE TABLA	129	Periodo 2 del 2016 - 1 dia(s) DE 03/02/2017 AL 03/02/2017
130	TIPO DE TABLA	131	TIPO DE TABLA	132	TIPO DE TABLA	133	TIPO DE TABLA	134	TIPO DE TABLA	135	TIPO DE TABLA	136	TIPO DE TABLA	137	MOTIVO
138	TIPO DE TABLA	139	TIPO DE TABLA	140	TIPO DE TABLA	141	TIPO DE TABLA	142	TIPO DE TABLA	143	TIPO DE TABLA	144	TIPO DE TABLA	145	MOTIVO
146	TIPO DE TABLA	147	TIPO DE TABLA	148	TIPO DE TABLA	149	TIPO DE TABLA	150	TIPO DE TABLA	151	TIPO DE TABLA	152	TIPO DE TABLA	153	MOTIVO
154	TIPO DE TABLA	155	TIPO DE TABLA	156	TIPO DE TABLA	157	TIPO DE TABLA	158	TIPO DE TABLA	159	TIPO DE TABLA	160	TIPO DE TABLA	161	MOTIVO
162	TIPO DE TABLA	163	TIPO DE TABLA	164	TIPO DE TABLA	165	TIPO DE TABLA	166	TIPO DE TABLA	167	TIPO DE TABLA	168	TIPO DE TABLA	169	MOTIVO
170	TIPO DE TABLA	171	TIPO DE TABLA	172	TIPO DE TABLA	173	TIPO DE TABLA	174	TIPO DE TABLA	175	TIPO DE TABLA	176	TIPO DE TABLA	177	MOTIVO
178	TIPO DE TABLA	179	TIPO DE TABLA	180	TIPO DE TABLA	181	TIPO DE TABLA	182	TIPO DE TABLA	183	TIPO DE TABLA	184	TIPO DE TABLA	185	MOTIVO
186	TIPO DE TABLA	187	TIPO DE TABLA	188	TIPO DE TABLA	189	TIPO DE TABLA	190	TIPO DE TABLA	191	TIPO DE TABLA	192	TIPO DE TABLA	193	MOTIVO
194	TIPO DE TABLA	195	TIPO DE TABLA	196	TIPO DE TABLA	197	TIPO DE TABLA	198	TIPO DE TABLA	199	TIPO DE TABLA	200	TIPO DE TABLA	201	MOTIVO
202	TIPO DE TABLA	203	TIPO DE TABLA	204	TIPO DE TABLA	205	TIPO DE TABLA	206	TIPO DE TABLA	207	TIPO DE TABLA	208	TIPO DE TABLA	209	MOTIVO
210	TIPO DE TABLA	211	TIPO DE TABLA	212	TIPO DE TABLA	213	TIPO DE TABLA	214	TIPO DE TABLA	215	TIPO DE TABLA	216	TIPO DE TABLA	217	MOTIVO
218	TIPO DE TABLA	219	TIPO DE TABLA	220	TIPO DE TABLA	221	TIPO DE TABLA	222	TIPO DE TABLA	223	TIPO DE TABLA	224	TIPO DE TABLA	225	MOTIVO
226	TIPO DE TABLA	227	TIPO DE TABLA	228	TIPO DE TABLA	229	TIPO DE TABLA	230	TIPO DE TABLA	231	TIPO DE TABLA	232	TIPO DE TABLA	233	MOTIVO
234	TIPO DE TABLA	235	TIPO DE TABLA	236	TIPO DE TABLA	237	TIPO DE TABLA	238	TIPO DE TABLA	239	TIPO DE TABLA	240	TIPO DE TABLA	241	MOTIVO
242	TIPO DE TABLA	243	TIPO DE TABLA	244	TIPO DE TABLA	245	TIPO DE TABLA	246	TIPO DE TABLA	247	TIPO DE TABLA	248	TIPO DE TABLA	249	MOTIVO
250	TIPO DE TABLA	251	TIPO DE TABLA	252	TIPO DE TABLA	253	TIPO DE TABLA	254	TIPO DE TABLA	255	TIPO DE TABLA	256	TIPO DE TABLA	257	MOTIVO
258	TIPO DE TABLA	259	TIPO DE TABLA	260	TIPO DE TABLA	261	TIPO DE TABLA	262	TIPO DE TABLA	263	TIPO DE TABLA	264	TIPO DE TABLA	265	MOTIVO
266	TIPO DE TABLA	267	TIPO DE TABLA	268	TIPO DE TABLA	269	TIPO DE TABLA	270	TIPO DE TABLA	271	TIPO DE TABLA	272	TIPO DE TABLA	273	MOTIVO
274	TIPO DE TABLA	275	TIPO DE TABLA	276	TIPO DE TABLA	277	TIPO DE TABLA	278	TIPO DE TABLA	279	TIPO DE TABLA	280	TIPO DE TABLA	281	MOTIVO
282	TIPO DE TABLA	283	TIPO DE TABLA	284	TIPO DE TABLA	285	TIPO DE TABLA	286	TIPO DE TABLA	287	TIPO DE TABLA	288	TIPO DE TABLA	289	MOTIVO
290	TIPO DE TABLA	291	TIPO DE TABLA	292	TIPO DE TABLA	293	TIPO DE TABLA	294	TIPO DE TABLA	295	TIPO DE TABLA	296	TIPO DE TABLA	297	MOTIVO
298	TIPO DE TABLA	299	TIPO DE TABLA	300	TIPO DE TABLA	301	TIPO DE TABLA	302	TIPO DE TABLA	303	TIPO DE TABLA	304	TIPO DE TABLA	305	MOTIVO
306	TIPO DE TABLA	307	TIPO DE TABLA	308	TIPO DE TABLA	309	TIPO DE TABLA	310	TIPO DE TABLA	311	TIPO DE TABLA	312	TIPO DE TABLA	313	MOTIVO
314	TIPO DE TABLA	315	TIPO DE TABLA	316	TIPO DE TABLA	317	TIPO DE TABLA	318	TIPO DE TABLA	319	TIPO DE TABLA	320	TIPO DE TABLA	321	MOTIVO
322	TIPO DE TABLA	323	TIPO DE TABLA	324	TIPO DE TABLA	325	TIPO DE TABLA	326	TIPO DE TABLA	327	TIPO DE TABLA	328	TIPO DE TABLA	329	MOTIVO
330	TIPO DE TABLA	331	TIPO DE TABLA	332	TIPO DE TABLA	333	TIPO DE TABLA	334	TIPO DE TABLA	335	TIPO DE TABLA	336	TIPO DE TABLA	337	MOTIVO
338	TIPO DE TABLA	339	TIPO DE TABLA	340	TIPO DE TABLA	341	TIPO DE TABLA	342	TIPO DE TABLA	343	TIPO DE TABLA	344	TIPO DE TABLA	345	MOTIVO
346	TIPO DE TABLA	347	TIPO DE TABLA	348	TIPO DE TABLA	349	TIPO DE TABLA	350	TIPO DE TABLA	351	TIPO DE TABLA	352	TIPO DE TABLA	353	MOTIVO
354	TIPO DE TABLA	355	TIPO DE TABLA	356	TIPO DE TABLA	357	TIPO DE TABLA	358	TIPO DE TABLA	359	TIPO DE TABLA	360	TIPO DE TABLA	361	MOTIVO
362	TIPO DE TABLA	363	TIPO DE TABLA	364	TIPO DE TABLA	365	TIPO DE TABLA	366	TIPO DE TABLA	367	TIPO DE TABLA	368	TIPO DE TABLA	369	MOTIVO
370	TIPO DE TABLA	371	TIPO DE TABLA	372	TIPO DE TABLA	373	TIPO DE TABLA	374	TIPO DE TABLA	375	TIPO DE TABLA	376	TIPO DE TABLA	377	MOTIVO
378	TIPO DE TABLA	379	TIPO DE TABLA	380	TIPO DE TABLA	381	TIPO DE TABLA	382	TIPO DE TABLA	383	TIPO DE TABLA	384	TIPO DE TABLA	385	MOTIVO
386	TIPO DE TABLA	387	TIPO DE TABLA	388	TIPO DE TABLA	389	TIPO DE TABLA	390	TIPO DE TABLA	391	TIPO DE TABLA	392	TIPO DE TABLA	393	MOTIVO
394	TIPO DE TABLA	395	TIPO DE TABLA	396	TIPO DE TABLA	397	TIPO DE TABLA	398	TIPO DE TABLA	399	TIPO DE TABLA	400	TIPO DE TABLA	401	MOTIVO
402	TIPO DE TABLA	403	TIPO DE TABLA	404	TIPO DE TABLA	405	TIPO DE TABLA	406	TIPO DE TABLA	407	TIPO DE TABLA	408	TIPO DE TABLA	409	MOTIVO
410	TIPO DE TABLA	411	TIPO DE TABLA	412	TIPO DE TABLA	413	TIPO DE TABLA	414	TIPO DE TABLA	415	TIPO DE TABLA	416	TIPO DE TABLA	417	MOTIVO
418	TIPO DE TABLA	419	TIPO DE TABLA	420	TIPO DE TABLA	421	TIPO DE TABLA	422	TIPO DE TABLA	423	TIPO DE TABLA	424	TIPO DE TABLA	425	MOTIVO
426	TIPO DE TABLA	427	TIPO DE TABLA	428	TIPO DE TABLA	429	TIPO DE TABLA	430	TIPO DE TABLA	431	TIPO DE TABLA	432	TIPO DE TABLA	433	MOTIVO
434	TIPO DE TABLA	435	TIPO DE TABLA	436	TIPO DE TABLA	437	TIPO DE TABLA	438	TIPO DE TABLA	439	TIPO DE TABLA	440	TIPO DE TABLA	441	MOTIVO
442	TIPO DE TABLA	443	TIPO DE TABLA	444	TIPO DE TABLA	445	TIPO DE TABLA	446	TIPO DE TABLA	447	TIPO DE TABLA	448	TIPO DE TABLA	449	MOTIVO
450	TIPO DE TABLA	451	TIPO DE TABLA	452	TIPO DE TABLA	453	TIPO DE TABLA	454	TIPO DE TABLA	455	TIPO DE TABLA	456	TIPO DE TABLA	457	MOTIVO
458	TIPO DE TABLA	459	TIPO DE TABLA	460	TIPO DE TABLA	461	TIPO DE TABLA	462	TIPO DE TABLA	463	TIPO DE TABLA	464	TIPO DE TABLA	465	MOTIVO
466	TIPO DE TABLA	467	TIPO DE TABLA	468	TIPO DE TABLA	469	TIPO DE TABLA	470	TIPO DE TABLA	471	TIPO DE TABLA	472	TIPO DE TABLA	473	MOTIVO
474	TIPO DE TABLA	475	TIPO DE TABLA	476	TIPO DE TABLA	477	TIPO DE TABLA	478	TIPO DE TABLA	479	TIPO DE TABLA	480	TIPO DE TABLA	481	MOTIVO
482	TIPO DE TABLA	483	TIPO DE TABLA	484	TIPO DE TABLA	485	TIPO DE TABLA	486	TIPO DE TABLA	487	TIPO DE TABLA	488	TIPO DE TABLA	489	MOTIVO
490	TIPO DE TABLA	491	TIPO DE TABLA	492	TIPO DE TABLA	493	TIPO DE TABLA	494	TIPO DE TABLA	495	TIPO DE TABLA	496	TIPO DE TABLA	497	MOTIVO
498	TIPO DE TABLA	499	TIPO DE TABLA	500	TIPO DE TABLA	501	TIPO DE TABLA	502	TIPO DE TABLA	503	TIPO DE TABLA	504	TIPO DE TABLA	505	MOTIVO
506	TIPO DE TABLA	507	TIPO DE TABLA	508	TIPO DE TABLA	509	TIPO DE TABLA	510	TIPO DE TABLA	511	TIPO DE TABLA	512	TIPO DE TABLA	513	MOTIVO
514	TIPO DE TABLA	515	TIPO DE TABLA	516	TIPO DE TABLA	517	TIPO DE TABLA	518	TIPO DE TABLA	519	TIPO DE TABLA	520	TIPO DE TABLA	521	MOTIVO
522	TIPO DE TABLA	523	TIPO DE TABLA	524	TIPO DE TABLA	525	TIPO DE TABLA	526	TIPO DE TABLA	527	TIPO DE TABLA	528	TIPO DE TABLA	529	MOTIVO
530	TIPO DE TABLA	531	TIPO DE TABLA	532	TIPO DE TABLA	533	TIPO DE TABLA	534	TIPO DE TABLA	535	TIPO DE TABLA	536	TIPO DE TABLA	537	MOTIVO
538	TIPO DE TABLA	539	TIPO DE TABLA	540	TIPO DE TABLA	541	TIPO DE TABLA	542	TIPO DE TABLA	543	TIPO DE TABLA	544	TIPO DE TABLA	545	MOTIVO
546	TIPO DE TABLA	547	TIPO DE TABLA	548	TIPO DE TABLA	549	TIPO DE TABLA	550	TIPO DE TABLA	551	TIPO DE TABLA	552	TIPO DE TABLA	553	MOTIVO
554	TIPO DE TABLA	555	TIPO DE TABLA	556	TIPO DE TABLA	557	TIPO DE TABLA	558	TIPO DE TABLA	559	TIPO DE TABLA	560	TIPO DE TABLA	561	MOTIVO
562	TIPO DE TABLA	563	TIPO DE TABLA	564	TIPO DE TABLA	565	TIPO DE TABLA	566	TIPO DE TABLA	567	TIPO DE TABLA	568	TIPO DE TABLA	569	MOTIVO
570	TIPO DE TABLA	571	TIPO DE TABLA	572	TIPO DE TABLA	573	TIPO DE TABLA	574	TIPO DE TABLA	575	TIPO DE TABLA	576	TIPO DE TABLA	577	MOTIVO
578	TIPO DE TABLA	579	TIPO DE TABLA	580	TIPO DE TABLA	581	TIPO DE TABLA	582	TIPO DE TABLA	583	TIPO DE TABLA	584	TIPO DE TABLA	585	MOTIVO
586	TIPO DE TABLA	587	TIPO DE TABLA	588	TIPO DE TABLA	589	TIPO DE TABLA	590	TIPO DE TABLA	591	TIPO DE TABLA	592	TIPO DE TABLA	593	MOTIVO
594	TIPO DE TABLA	595	TIPO DE TABLA	596	TIPO DE TABLA	597	TIPO DE TABLA	598	TIPO DE TABLA	599	TIPO DE TABLA	600	TIPO DE TABLA	601	MOTIVO
602	TIPO DE TABLA	603	TIPO DE TABLA	604	TIPO DE TABLA	605	TIPO DE TABLA	606	TIPO DE TABLA	607	TIPO DE TABLA	608	TIPO DE TABLA	609	MOTIVO
610	TIPO DE TABLA	611	TIPO DE TABLA	612	TIPO DE TABLA	613	TIPO DE TABLA	614	TIPO DE TABLA	615	TIPO DE TABLA	616	TIPO DE TABLA	617	MOTIVO
618	TIPO DE TABLA	619	TIPO DE TABLA	620	TIPO DE TABLA	621	TIPO DE TABLA	622	TIPO DE TABLA	623	TIPO DE TABLA	624	TIPO DE TABLA	625	MOTIVO
626	TIPO DE TABLA	627	TIPO DE TABLA	628	TIPO DE TABLA	629	TIPO DE TABLA	630	TIPO DE TABLA	631	TIPO DE TABLA	632	TIPO DE TABLA	633	MOTIVO
634	TIPO DE TABLA	635	TIPO DE TABLA	636	TIPO DE TABLA	637	TIPO DE TABLA	638	TIPO DE TABLA	639	TIPO DE TABLA	640	TIPO DE TABLA	641	MOTIVO
642	TIPO DE TABLA	643	TIPO DE TABLA	644	TIPO DE TABLA	645	TIPO DE TABLA	646	TIPO DE TABLA	647	TIPO DE TABLA	648	TIPO DE TABLA	649	MOTIVO
650	TIPO DE TABLA	651	TIPO DE TABLA	652	TIPO DE TABLA	653	TIPO DE TABLA	654	TIPO DE TABLA	655	TIPO DE TABLA	656	TIPO DE TABLA	657	MOTIVO
658	TIPO DE TABLA	659	TIPO DE TABLA	660	TIPO DE TABLA	661	TIPO DE TABLA	662	TIPO DE TABLA	663	TIPO DE TABLA	664	TIPO DE TABLA	665	MOTIVO
666	TIPO DE TABLA	667	TIPO DE TABLA	668	TIPO DE TABLA	669	TIPO DE TABLA	670</td							



AGUASCALIENTES
GOBIERNO DEL ESTADO

GOBIERNO DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES

OFICIALÍA MAYOR

Solicitud de Movimientos e Incidencias del Personal

22947

CLAVE PRESUPUESTAL 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	CURP: 9 GOGJ380920HASNRN05	
MOV/INCIDENCIA		NOMBRE DEL TRABAJADOR				
10 ALTA SUPERNUMERARIA INTERINATO EVENTUAL DATOS PARA ALTA EN EL I.M.S.S.		EL TRABAJADOR DE NUEVO INGRESO SUSTITUYE A: PERCEPCION SUGERIDA: SUELDO BASE COMPEN.EXT. PRODUCTIVIDAD PRESTACIONES TOTAL NIVEL TAB. DOMICILIO ACTUAL: CALLE, COLONIA Y NUMERO EXT. (POBLACION)				
11 BAJA MODIFICACION REESTRUCTURACION PERCEPCIONES		HA ESTADO AFILIADO AL I.M.S.S. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NOMBRE DE LOS PADRES (AUN FINADOS): PADRE: <input type="text"/> MADRE: <input type="text"/> NUM. AFILIACION I.M.S.S.				
12 CAMBIO DE CLAVE REEMBOLSO POR DISCTO.		LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: (ESTADO) 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 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
14 REEMBOLSO POR DISCTO.		TOTAL: <input type="text"/> MOTIVO: <input type="text"/> 31 ENE 2017				
15 PAGO POR UNICA VEZ		TOTAL: <input type="text"/> MOTIVO: <input type="text"/> 14-23 RECIBIDO: <input type="text"/> Firma: <input type="text"/>				
16 FALTAS		DIAS <input type="text"/> <input type="text"/> 18 CAMBIO DE HORARIO <input type="checkbox"/> HORARIO ANTERIOR: <input type="text"/>	DIRECCION GENERAL ADMINISTRATIVA DEPART. F. <input type="text"/> HORARIO NUEVO <input type="text"/> NUEVOS HOMANOS			
17 RETARDOS		CANTIDAD <input type="text"/> 19 VACACIONES <input checked="" type="checkbox"/>	DIAS PERIODO 2 Periodo 2 del 2016 - 2 dia(s) DE 02/02/2017 AL 03/02/2017			
20 PERMISO		<input type="checkbox"/> CON GOCE DE SUELDO <input type="checkbox"/> SIN GOCE DE SUELDO	DIAS MOTIVO <input type="text"/> <input type="text"/>			
21 JUSTIFICAR		MOVIMIENTO <input type="text"/>	FECHA <input type="text"/> MOTIVO <input type="text"/>			
22 INCAPACIDAD		<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> MATERNIDAD <input type="checkbox"/> RIESGO DE TRABAJO	DIAS PERIODO <input type="text"/> <input type="text"/>			
23 PERMISO POR LACTANCIA		DIAS PERIODO <input type="text"/> <input type="text"/>	HORARIO <input type="text"/>			
24 SUSPENSION		DIAS PERIODO <input type="text"/> <input type="text"/>	MOTIVO <input type="text"/>			
25 REANUDACION DE LABORES		DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	POR MOTIVO DE: <input type="text"/>			
26 QUINQUENIOS		NUMERO <input type="text"/>				
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 LAERODOLFO ESQUIVEL CANEDO CARGO DIR. GRAL. ADMINISTRATIVO FECHA 31/01/2017 FIRMA		

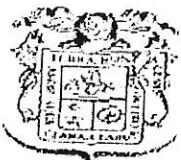


AGUASCALIENTES
GOBIERNO DEL ESTADO

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

FOLIO
23160

CLAVE PRESUPUESTAL 1 02565		DEPENDENCIA - ENTIDAD		OFICIALÍA MAYOR				
NOMBRE DEL TRABAJADOR: 3 MARIA DEL CARMEN OROZCO GONZALEZ		CARGO 4 ASISTENTE DE MODERNIZACION ADMINISTRATIVA						
CATEGORIA 5		NIVEL: 6	R.F.C.: 7 OOGC661006SL5	HORARIO DE TRABAJO 8	CURP: 9 OOGC661006MASRNR05			
MOV.-INCIDENCIA 10		EL TRABAJADOR DE NUEVO INGRESO SUSTITUYE A: _____						
ALTA REPERSONERARIA		PERCEPCION SUGERIDA: SUELDO BASE COMPEN.EXT. PRODUCTIVIDAD PRESTACIONES TOTAL NIVEL TAB.						
INTERINATO		DOMICILIO ACTUAL: CALLE, COLONIA Y NUMERO EXT. (POBLACION) _____						
EVENTUAL		HA ESTADO AFILIADO AL I.M.S.S. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NOMBRE DE LOS PADRES (AUX. FALLECIDOS) PADRE: _____ MADRE: _____						
DATOS PARA ALTA EN EL I.M.S.S.		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 DESCUO.		TOTAL _____ MOTIVO _____						
15 PAGO POR UNICA VEZ		TOTAL _____ MOTIVO _____						
16 FALTAS		DIAS <input type="checkbox"/> 18	CAMBIO DE HORARIO <input type="checkbox"/>	HORARIO ANTERIOR: _____		HORARIO NUEVO: _____		
17 RETARDOS		CANTIDAD <input type="checkbox"/> 19	VACACIONES <input checked="" type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>	MES <input type="checkbox"/>	AÑO <input type="checkbox"/>	POR MOTIVO DE _____			
26 QUINQUELIOS		NUMERO <input type="checkbox"/>						
27 SOLICITA NOMBRE MARIA DEL CARMEN OROZCO GONZALEZ CARGO ASISTENTE DE MODERNIZACION ADMINISTRATIVA FECHA 07/02/2017 FIRMA		AUTORIZA NOMBRE DAVID GONZALO ZAPATA LIZAL CARGO COORDINADOR GENERAL DE MEJORES PRACTICAS GUBERNAMENTALES FECHA 07/02/2017 FIRMA		V.D. BO. DE DEPENDENCIA/ENTIDAD NOMBRE LAE RODOLFO ESCUVEL CANEDO CARGO DIR. GEN. ADMINISTRATIVO FECHA 07/02/2017 FIRMA				



OFMA

OFICIALIA 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**



AGUASCALIENTES
GOBIERNO DEL ESTADO

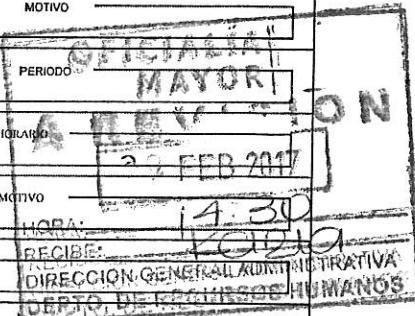
GOBIERNO DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES

OFICIALIA MAYOR

Solicitud de Movimientos e Incidencias del Personal

FOLIO
23172

CLAVE PRESUPUESTAL 1 60109		DEPENDENCIA - ENTIDAD: OFICIALIA MAYOR	
NOMBRE DEL TRABAJADOR: 3 SARA RODRIGUEZ PEREZ		CARGO: 4 JEFE DEL DEPTO. DE EVALUACION Y CAPACITACION AL PERSONAL	
CATEGORIA: 5		NIVEL: 6 7 R.F.C.: ROPS781123CJ9 8 HORARIO DE TRABAJO: 9 CURP: ROPS781123MASDRR07	
MOV./INCIDENCIA 10 ALTA SUPERNUMERARIA INTERINATO EVENTUAL DATOS PARA ALTA EN I.L. IMSS.		EL TRABAJADOR DE NUEVO INGRESO SUSTITUYE A: PERCEPCION SUGERIDA: SUELDO BASE COMPN.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"/> NUM. AFILIACION (I.M.S.S.)	
		NOMBRE DE LOS PADRES (AUN FINADOS): PADRE: <input type="text"/> MADRE: <input type="text"/> LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO. (ESTADO)	
11 BAJA <input type="checkbox"/>		NUMERARIA <input type="checkbox"/> MOTIVO <input type="checkbox"/> RENUNCIA <input type="checkbox"/> FALLECIMIENTO <input type="checkbox"/> INVALIDEZ SUPERNUMERARIA <input type="checkbox"/> DESPIDO JUSTIFICADO <input type="checkbox"/> PENSION <input type="checkbox"/> OTROS (ESPECIFICAR) EN CADA CASO ES INDISPENSABLE ANEXAR LOS DOCUMENTOS CORRESPONDENTES	
12 MODIFICACION RESTRUCTURACION PERCEPCIONES <input type="checkbox"/>		PERCEPCION ACTUAL: SUELDO BASE COMPN.EXT. PRODUCTIVIDAD PRESTACIONES TOTAL NIVEL TAB. PERCEPCION SUGERIDA: SUELDO BASE COMPN.EXT. PRODUCTIVIDAD PRESTACIONES TOTAL NIVEL TAB.	
13 CAMBIO DE CLAVE <input type="checkbox"/>		ALTA EN <input type="text"/> BAJA EN <input type="text"/>	
14 REEMBOLSO POR DESCU <input type="checkbox"/>		TOTAL <input type="text"/> MOTIVO <input type="text"/>	
15 PAGO POR UNICA VIZ <input type="checkbox"/>		TOTAL <input type="text"/> MOTIVO <input type="text"/>	
16 FALTAS <input type="checkbox"/>		DIAS <input type="text"/> 18 CAMBIO DE HORARIO <input type="checkbox"/> HORARIO ANTERIOR: <input type="text"/> HORARIO NUEVO: <input type="text"/>	
17 RETARDOS <input type="checkbox"/>		CANTIDAD <input type="text"/> 19 VACACIONES <input type="checkbox"/> DIAS <input type="text"/> PERIODICO <input type="text"/> DE 02/02/2017 AL 03/02/2017	
20 PERMISO <input checked="" type="checkbox"/>		X CON GOCE DE SUELDO <input type="checkbox"/> SIN GOCE DE SUELDO <input type="checkbox"/> DIAS 2 MOTIVO FALLECIMIENTO FAMILIAR	
21 JUSTIFICAR <input type="checkbox"/>		MOVIMIENTO <input type="text"/> FECHA <input type="text"/> MOTIVO <input type="text"/>	
22 INCAPACIDAD <input type="checkbox"/>		ENTERMEDAD <input type="checkbox"/> MATERNIDAD <input type="checkbox"/> RIESGO DE TRABAJO <input type="checkbox"/> DIAS <input type="text"/> PERIODICO <input type="text"/>	
23 PERMISO POR LACTANCIA <input type="checkbox"/>		DIAS <input type="text"/> PERIODICO <input type="text"/> HORARIO <input type="text"/>	
24 SUSPENSION <input type="checkbox"/>		DIAS <input type="text"/> PERIODICO <input type="text"/> MOTIVO <input type="text"/> HORA: <input type="text"/> RECIBE: <input type="text"/> REQUERIDA: <input type="text"/>	
25 REAN DACION DE LABORES <input type="checkbox"/>		DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> POR MOTIVO DE <input type="text"/>	
26 QUINQUENIOS <input type="checkbox"/>		NUMERO <input type="text"/>	
27 SOLICITA NOMBRE: SARA RODRIGUEZ PEREZ CARGO: JEFE DEL DEPTO. DE EVALUACION Y CAPACITACION AL PERSONAL FECHA: 07/02/2017 FIRMA: <i>Sara Rodriguez Perez</i>		AUTORIZA NOMBRE: VIRGINIA ADRIANA CALZADA ORTIZ CARGO: COORDINADORA GENERAL DE CAPITAL HUMANO FECHA: 07/02/2017 FIRMA: <i>Virginia Adriana Calzada Ortiz</i>	
28		VO. BO. DE DEPENDENCIA / ENTIDAD NOMBRE: LAFRODOIRO ESCUVEL CANEDO CARGO DIR. GRAL ADMINISTRATIVO FECHA: 07/02/2017 FIRMA: <i>Lafrodorio Escuvel Canedo</i>	





SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2011
FOLIO

170857521

JUAN JOSE RODRIGUEZ RODRIGUEZ

REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
FECHA 1. Terceriza 1. Terceriza 1. Terceriza 1.
DIFUSIÓN, TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL,
Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

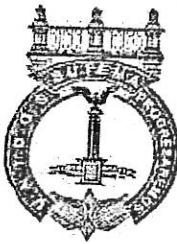
DEL FALLECIDO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)	Rodríguez	Primer Apellido	Rodríguez	Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO	11/11/1944	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se Ignora <input type="radio"/>		
5. CURP	RORT4411015HZSIDROS	6. HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?	Se Ignora <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se Ignora <input type="radio"/>		
8. EDAD CUMPLIDA	Para menores de una hora Minutos	Para menores de un día Horas	Para menores de un mes Días	Para menores de un año Meses	Para personas de un año o más Años cumplidos
Para menores de 28 días anote:					
8.1 Falso del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		9. ESTADO CONYUGAL	Separado(s) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input checked="" type="radio"/> 5 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se Ignora <input type="radio"/>
10. RESIDENCIA HABITUAL	Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)	Arbolito Km 2 Centro 209 E 7 303 Fracc. Primo Verdad			
209	303	10.1 Tipo de viabilidad	10.2 Nombre de la viabilidad		
10.3 Núm. Exterior	10.4 Núm. Interior	10.5 Tipo de asentamiento humano	PRIMO VERDAD		
10.7 Código Postal	10.8 Localidad	10.9 Municipio o delegación	10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		
11. ESCOLARIDAD	Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> 12 Bachillerato <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> 8	Primaria <input type="radio"/> 3 Posgrado <input type="radio"/> 10	Secundaria <input checked="" type="radio"/> 5 Se Ignora <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	11.1 La escolaridad seleccionada es:	12. OCUPACIÓN HABITUAL
IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Hospital General de Zona #2	ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEMAR <input type="radio"/> 07	Seguro Popular <input type="radio"/> 07	Otra <input type="radio"/> 8	12.1 Trabajaba <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> 2	Se Ignora <input type="radio"/> 99
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04	ISSSTE <input type="radio"/> 03 SEMAR <input type="radio"/> 06	SEDENA <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> 06	13.1 Número de seguridad social o afiliación	
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 06	Otra unidad pública <input type="radio"/> 8	Otra unidad médica privada <input type="radio"/> 9	IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10	517144000855M1991	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 05 SEMAR <input type="radio"/> Hospital General de Zona #2	14.1 Nombre de la unidad médica	Vía pública <input type="radio"/> 01 Otro lugar <input type="radio"/> 12		
102	Franciamaniero	14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	Hogar <input type="radio"/> 11 Se Ignora <input type="radio"/> 99		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Avenida los Calles #102	15.1 Tipo de viabilidad	15.2 Nombre de la viabilidad		
102	Franciamaniero	15.5 Tipo de asentamiento humano	Quintales 1		
15.3 Núm. Exterior	15.4 Núm. Interior	15.6 Nombre del asentamiento humano			
1202916	15.7 Código Postal	15.8 Localidad	15.9 Municipio o delegación		
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	01/02/2017 17:22:55	17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		
Día Mes Año	Horas Minutos	Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se Ignora <input type="radio"/> 99	Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)					
PARTE I	Debido a (o como consecuencia de)				
Enfermedad, lesión o estadio patológico que produjo la muerte directamente	a) Evento Vascular Cerebral Hemorrágico	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Código CIE		
Causas antecedentes	b) Hemorragia, Tabámbica	11 horas			
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionando en último lugar la causa básica	c) Tromboembolía Severa	11 horas			
d)	Concreto, Prostata	11 horas			
PARTE II	Debido a (o como consecuencia de)				
Quiénes padecían estos estados patológicos significativos se extinguieron a la muerte, pero no se relacionaron con la enfermedad o estadio morbosos que la produjeron		15 años			
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	21.2 Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	21.3 Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02	Código CIE		
El embarazo <input type="radio"/> 01 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 04	El parto <input type="radio"/> 02 No estoy embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 05	22.2 Sitio donde ocurrió la lesión	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con ella(fallecido(a))		
Accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se Ignora <input type="radio"/> 99	22.2.1 Ocurrió en el desempeño de su trabajo?	Vivienda particular <input type="radio"/> 00 Área deportiva <input type="radio"/> 03 Calle o carretera <input type="radio"/> 04 Escuela u oficina <input type="radio"/> 02 Área comercial <input type="radio"/> 05	Área industrial <input type="radio"/> 06 Granja <input type="radio"/> 07 Otro <input type="radio"/> 08 Se Ignora <input type="radio"/> 99		
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio				
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	22.7.1 Tipo de viabilidad	22.7.2 Nombre de la viabilidad			
22.7.3 Núm. Exterior	22.7.4 Núm. Interior	22.7.5 Tipo de asentamiento humano	22.7.6 Nombre del asentamiento humano		
22.7.7 Código Postal	22.7.8 Localidad	22.7.9 Municipio o delegación	22.7.10 Entidad federativa		
23. NOMBRE	Rodríguez	Perez	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido	hijo		
25. CERTIFICADA POR	Médico tratante <input type="radio"/> 01 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 04	Médico legista <input type="radio"/> 02 Autoridad civil <input type="radio"/> 05	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		
	Otro médico <input type="radio"/> 03 Otro <input type="radio"/> 08	Especifique	Número de la cédula profesional		
27. NOMBRE	Laura Guadalupe Barragán	ORTIZ	5571990		
Nombre(s)	Primer Apellido	Segundo Apellido			
29. DOMICILIO Y TELÉFONO	Avenida los Coos	102	Franquicia		
29.1 Tipo de viabilidad	29.2 Nombre de la viabilidad	29.3 Núm. Exterior	29.4 Núm. Interior		
29.6 Nombre del asentamiento humano	29.7 Código Postal	29.8 Localidad	29.9 Tipo de asentamiento humano		
29.9 Municipio o delegación	29.10 Entidad federativa	29.11 Teléfono	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN		
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO				
REG. NIV.	32.1 Localidad				

170857521

10.1 Calle 102 Centro de la Ciudad, Col. 1a. 1a copia (rosa) y la 2a copia (azul).
IS 7. 2016
DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE MÉXICO

Recibido 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.

OFICIALIA MAYOR	RECIBIDO
06 ENE 2017	
HORA: 9:47	HILDAS
RECEPCION	


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



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



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:

Laboral () Personal ()

Horario en el que se ausentara:

Domicilio y/o Dependencia a donde acudira:

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:



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:

Laboral () Personal ()

Horario en el que se ausentara:

Domicilio y/o Dependencia a donde acudira:

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: