



EN **CAMPECHE**  
VAMOS POR NUESTRO  
**PROGRESO**



*GOBIERNO DEL ESTADO • 2009-2015*

**MANUAL DE  
NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA EL  
EJERCICIO DEL PRESUPUESTO  
2015**

**SECRETARIA DE FINANZAS  
ENERO 2015**

## **CONTENIDO**

## **CONTENIDO**

### **Presentación**

#### **I. Marco Jurídico**

#### **II. Normas Generales**

- 2.1. Estructura Programática y Clave Presupuestaria
- 2.2. Calendario de Gasto
- 2.3. Autorización, Ministración y Registro
- 2.4. Responsabilidades en el manejo de los recursos
- 2.5. Fondo Revolvente
- 2.6. Gasto por Comprobar
- 2.7. Liberación de Recursos
- 2.8. Viáticos y Pasajes Aéreos
- 2.9. Programas de Aportaciones Federales
- 2.10. Movimientos
- 2.11. Ahorros y Economías del Presupuesto
- 2.12. Pasivo Circulante (ADEFAS)
- 2.13. Gastos complementarios

#### **III. Normas Específicas por Capítulo**

- 3.1. Servicios Personales
- 3.2. Materiales y Suministros
- 3.3. Servicios Generales
- 3.4. Transferencias y Subsidios
- 3.5. Bienes Muebles, Inmuebles e Intangibles
- 3.6. Obra Pública
- 3.7. Inversión y Fomento
- 3.8. Erogaciones Extraordinarias
- 3.9. Deuda Pública

#### **IV. Información Físico-Financiera de la Ejecución del Gasto Público**

- 4.1. De la información

#### **V. Integración de los Estados Financieros de Egresos**

#### **VI. Determinación de los Momentos Contables de Egresos**

#### **Anexos**

# **PRESENTACIÓN**

## PRESENTACIÓN

El objeto de los presentes lineamientos es regular las disposiciones presupuestarias y administrativas para la aplicación y seguimiento de las normas y procedimientos en el ejercicio del Presupuesto de Egresos autorizado para el presente año, por tal motivo son de observancia obligatoria en las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal.

Su elaboración obedece a la necesidad de contar con disposiciones de carácter normativo para que el ejercicio de los recursos públicos se realice con eficiencia, eficacia y transparencia para dar cumplimiento a las metas, objetivos y a las disposiciones establecidas en el Presupuesto de Egresos aprobado por el H. Congreso del Estado.

Uno de los compromisos del Gobierno del Estado es la modernización administrativa de la hacienda pública estatal, mediante la aplicación de tecnología para brindar de manera adecuada los satisfactores que la administración pública demanda, fortaleciendo la transparencia en la rendición de cuentas, a través de controles automatizados en la gestión y uso de los recursos públicos.

La Secretaría de Finanzas y la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental en su carácter de dependencias globalizadoras buscan eliminar la rigidez de la gestión presupuestaria y dotar de mayor flexibilidad y agilidad a esta actividad, fortaleciendo la Presupuestación, Ejercicio, Seguimiento y Control de los recursos públicos para alcanzar los resultados programados y proveer los bienes y servicios públicos de calidad que demanda la población.

Se recomienda que el personal directivo, mandos medios y operativo involucrado directamente en el ejercicio de los recursos públicos, lea este Manual al menos una vez y lo utilice como consulta, cuando sea necesario, para aclarar las dudas que puedan surgir, y con ello cumplir adecuadamente con las disposiciones establecidas.

Este manual, para su mejor comprensión está integrado por seis Capítulos y un Anexo, que ordenan temáticamente los procedimientos y las normas.

En el **Capítulo I**, se presenta el **Marco Jurídico** que sustenta y le da validez a la administración pública y, particularmente, al manejo de los recursos financieros.

El **Capítulo II Normas Generales**, describe los pasos que se deben seguir en el ejercicio de los recursos, para ello, se inicia el Capítulo definiendo lo que se entiende por Gasto Corriente e Inversión, en virtud de que estos grandes conceptos presupuestales requieren de tratamientos diferentes. Posteriormente, se señala la normatividad para cada una de las etapas como son el Registro, la Autorización, Ministración, la Comprobación, el manejo del Fondo Revolvente, Gastos por Comprobar, la Liberación de Recursos, y el Ejercicio del Gasto.

Este Capítulo reviste singular importancia, en virtud de que se analiza la secuencia que habrá de observarse para el correcto ejercicio de los recursos a través del Sistema, desde su solicitud hasta la autorización y comprobación. El cumplimiento de estas fases, permitirá a la Secretaría llevar en orden los compromisos contraídos, elaborar un correcto calendario de pagos de acuerdo a la disponibilidad de recursos, obteniendo con ello un beneficio para los proveedores de bienes y servicios, así como para las propias Dependencias, ya que tendrán una certidumbre en la fecha de pago.

El **Capítulo III Normas Específicas por Capítulo**, contiene la normatividad y procedimientos que deben seguirse en el ejercicio de cada uno de los capítulos de gasto. Se describe detalladamente el tratamiento que debe otorgarse a las partidas que integran cada capítulo del Clasificador por Objeto del Gasto . Este apartado es de gran utilidad para los responsables del control presupuestal de las Dependencias y Entidades, dado que de una forma rápida y accesible se puede consultar cuales son los trámites específicos que deben cubrirse en el ejercicio de los recursos asignados a cada partida

Para el cabal cumplimiento de esta normatividad se deberá analizar detalladamente los pasos a seguir en cada uno de los trámites para el ejercicio del gasto.

El **Capítulo IV** se refiere a la **Información Físico-Financiera de la Ejecución del Gasto Público** en la que se determina la información que deberán proporcionar las Dependencias y Entidades del Poder Ejecutivo que permitan analizar el avance en el cumplimiento de sus objetivos y metas de los programas y proyectos aprobados en el presupuesto de egresos vigente.

El **Capítulo V Integración de los Estados Financieros de Egresos** describe las normas y metodología para la emisión de información financiera y estructura de los Estados Financieros Básicos presupuestarios que debe generar cada Ente público en el marco de lo dispuesto en el artículo 46 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental.

Los **Anexos**, están integrados por los **Formatos** que habrán de utilizarse para cada etapa presupuestal, los cuales han sido revisados y simplificados en algunos casos, para obtener mejores resultados; los cambios son con el objeto de aprovechar la experiencia que tienen los servidores públicos en su manejo. Cada uno de ellos cuenta con su instructivo de llenado para facilitar su elaboración.

# **CAPÍTULO I**

## **MARCO JURÍDICO**

## **I. MARCO JURÍDICO**

Este “Manual de Normas y Procedimientos del Ejercicio del Presupuesto”, encuentra su fundamento legal en las disposiciones jurídicas que norman la actividad del Gobierno del Estado, otorgando atribuciones y señalando responsabilidades a las Dependencias y Entidades que integran el Poder Ejecutivo y que están contenidas en los documentos que se señalan a continuación:

### **Leyes**

- Constitución Política del Estado de Campeche.
- Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Campeche.
- Ley de Control Presupuestal y Responsabilidad Hacendaria del Estado de Campeche.
- Ley de Planeación del Estado de Campeche.
- Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Prestación de Servicios Relacionados con Bienes Muebles del Estado de Campeche.
- Ley de Obras Públicas del Estado de Campeche.
- Ley del Impuesto sobre la Renta.
- Ley del Impuesto al Valor Agregado.
- Ley de los Trabajadores al Servicio del Gobierno del Estado de Campeche.
- Ley del Seguro Social (IMSS).
- Ley de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Campeche.
- Ley de Presupuesto de Egresos del Gobierno del Estado de Campeche para el Ejercicio Fiscal de 2015.
- Ley de Ingresos del Estado de Campeche para el Ejercicio Fiscal de 2015.

- Ley Reglamentaria del Capítulo XVII de la Constitución Política del Estado de Campeche.
- Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Campeche.
- Ley de Desarrollo Social del Estado de Campeche.
- Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.
- Ley de Bienes del Estado de Campeche y de sus Municipios.
- Ley General de Contabilidad Gubernamental.
- Otras Disposiciones y Lineamientos Federales.

### **Reglamentos**

- Reglamento Interior de la Secretaría de Finanzas de la Administración Pública del Estado de Campeche.
- Reglamento Interior de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental de la Administración Pública del Estado de Campeche.
- Reglamento de Bienes Muebles de la Propiedad del Estado de Campeche.
- Reglamento de Asistencia, Puntualidad y Permanencia en el Trabajo de los Trabajadores de Base al Servicio del Gobierno del Estado de Campeche.
- Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.

### **Planes y Programas**

- Plan Estatal de Desarrollo 2009-2015.
- Programa Sectorial de Educación para el Progreso 2010 – 2015
- Programa Sectorial de Crecimiento Económico 2010 – 2015
- Programa Sectorial de Desarrollo Social y Bienestar 2010 – 2015

## **Acuerdos**

- Acuerdo del Ejecutivo por el que se establece la estructura administrativa de las Dependencias del Poder Ejecutivo del Estado de Campeche.
- Acuerdo del Ejecutivo del Estado que establece la estructura y atribuciones de sus Unidades de Asesoría y Apoyo.
- Acuerdo del Ejecutivo que determina la agrupación por sectores de las entidades Paraestatales de la Administración Pública del Estado de Campeche.
- Acuerdo del Ejecutivo del Estado que establece los lineamientos para que las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal proporcionen a las personas el acceso a la información pública.
- Acuerdo número COTAIPEC/012/06 que emite la Comisión de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Campeche, por el que se aprueban los lineamientos generales para la organización y conservación de los archivos públicos del Estado de Campeche.
- Acuerdo número COTAIPEC/001/07 que emite la Comisión de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Campeche, por el que se modifica el artículo transitorio segundo de los lineamientos generales para la organización y conservación de los archivos públicos del Estado de Campeche.
- Acuerdo número del Pleno de la Comisión de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Campeche, por el que se expiden los “Lineamientos generales que deberán observar los entes públicos a que se refiere la fracción IV del artículo 4 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Campeche, para la clasificación y desclasificación de la información que obre en su poder”.
- Acuerdo de coordinación por el que se crea el Consejo para la Implementación del Proceso de Armonización Contable en el Estado de Campeche (CIPACAM).
- Acuerdo por el que se crea con carácter permanente la Comisión Intersecretarial Gasto, Financiamiento y Desincorporación.
- Decreto de creación del COPLADECAM.

### **Manuales y Disposiciones Administrativas**

- Manual de Programación y Presupuestación 2015.
- Manual de Procedimientos para el Trámite de Viáticos y Pasajes para las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal vigente.
- Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Campeche.

## **CAPÍTULO II**

# **NORMAS GENERALES**

## II. NORMAS GENERALES

La Secretaría de Finanzas con fundamento en el artículo 27 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado, es la Dependencia que establece las normas y conduce las políticas para el diseño e implementación de la programación, presupuestación, control y evaluación del Presupuesto de Egresos del Gobierno del Estado, así como de las Entidades.

Para efecto del presente manual se entenderá por:

- **Dependencias:** Las Unidades Administrativas encargadas de auxiliar directamente al Titular del Poder Ejecutivo, Secretarías, Fiscalía General del Estado y la Consejería Jurídica que integran la Administración Pública Centralizada del Estado;
- **Entidades:** Los Organismos Desconcentrados, Organismos Descentralizados, Empresas de Participación Estatal Mayoritaria y a los Fideicomisos en los que el fideicomitente sea el Gobierno del Estado;
- **Órganos Públicos Autónomos:** Al Instituto Electoral del Estado de Campeche, la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Campeche, la Comisión de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Campeche.
- **Poderes:** Legislativo y Judicial;
- **Secretaría:** La Secretaría de Finanzas;
- **Contraloría:** La Secretaría de la Contraloría del Estado;
- **Presupuesto:** a la Ley de Presupuesto de Egresos del Estado de Campeche para el Ejercicio Fiscal 2015;
- **Comisión:** La Comisión Intersecretarial de Gasto Financiamiento;
- **CONAC:** Consejo Nacional para la Armonización Contable;
- **CIPACAM:** Consejo para la Implementación del Proceso de Armonización Contable en el Estado de Campeche;
- **COPLADDECAM:** Comité de Planeación para el Desarrollo del Estado de Campeche; y
- **SIACAM:** Sistema Integral de Armonización Contable para el Gobierno del Estado de Campeche.

La Secretaría atenderá los trámites de solicitudes que realicen las Dependencias y Entidades a través del Sistema, correspondientes al ejercicio del gasto público.

Es importante señalar que la sola captura de la solicitud genera movimientos presupuestales al techo financiero de la dependencia y/o entidad, sin ningún compromiso por parte de la Secretaría por lo que solamente se atenderán las solicitudes que se remitan de manera oficial a ésta.

De igual manera es importante recalcar que para el sistema SIACAM, todas las solicitudes que se realicen deberán estar autorizadas en el sistema por el área administrativa y por el

titular de la Dependencia, Poder y/o Entidad, de no cumplir con este paso las solicitudes nunca serán enviadas por el sistema hacia su destino.

Las Dependencias y Entidades imprimirán los documentos capturados en el sistema y enviarán oficialmente según sea el caso a la Secretaría o a la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental; recepcionando el área de correspondencia, turnando el trámite del documento ante las áreas que correspondan, quienes revisarán, tramitarán para pago, o en su caso, rechazará para las correcciones y/o modificaciones que correspondan.

Todas las solicitudes de pago afectarán la disponibilidad mensual de las partidas autorizadas. Para las solicitudes de fondo revolvente se afectará el disponible de las partidas de manera anual, indistintamente del mes.

La Dirección de Egresos recepcionará y procederá a realizar el momento ejercido de los recursos solicitados y una vez que efectúe el pago al proveedor, a la dependencia o entidad respectiva, aplicará el monto pagado en el presupuesto aprobado por el H. Congreso del Estado, de conformidad con la Ley de Control Presupuestal y Responsabilidad Hacendaria del Estado de Campeche y demás disposiciones legales.

Tratándose de solicitudes de recursos para el pago de bienes, productos o servicios que le corresponda adquirir o suministrar a la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental en razón de las competencias establecidas por La Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Campeche y demás ordenamientos legales aplicables, la Dirección de Egresos únicamente tramitará aquellas que hayan sido formalizadas, conforme a la normatividad aplicable, por la unidad administrativa competente de la citada Secretaría.

Las Dependencias y Entidades de la Administración Pública del Estado de Campeche, a través de sus respectivas unidades, asumirán la responsabilidad para coordinar las actividades en materia de planeación, programación, presupuestación, control y evaluación del ejercicio del gasto público, así como dar cumplimiento a la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Campeche.

A los Titulares de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública del Estado de Campeche, les corresponderá sensibilizar al personal a su cargo, en la aplicación de las medidas de austeridad, disciplina y racionalidad del gasto e implementar medidas de ahorro con la finalidad de que con menos recursos públicos se cumplan los objetivos y metas fijadas optimizando el gasto público que se destina a la realización de las actividades administrativas.

La Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental regulará y dictaminará las disposiciones en materia de catálogo de puestos, tabuladores de sueldos, pago de remuneraciones, prestaciones, servicios personales y en general sobre la administración de personal.

Las Dependencias y Entidades entregarán a la Secretaría la información sobre el ejercicio del gasto que les requiera, así como los documentos relativos a la gestión presupuestaria.

Todos los documentos presupuestarios reconocidos por la Secretaría para su registro en el Sistema, deberán anexar el Formato DP-01 de acuerdo a lo dispuesto en este manual.

La información contable, financiera y presupuestal que requiera la Secretaría se deberá presentar en los plazos y términos que determine la Subsecretaría de Programación y Presupuesto y la Subsecretaría de Egresos para efectos de seguimiento y operación del SIA-CAM, la formulación de la Cuenta Pública del Estado, así como para la elaboración del Presupuesto de Egresos.

Las operaciones presupuestarias por concepto de adquisiciones de bienes, contratación de servicios de cualquier naturaleza y de obras públicas se sujetarán a las normas contenidas en el presente Manual, así como a lo establecido en la Ley de Control Presupuestal y Responsabilidad Hacendaria del Estado de Campeche, Ley de Presupuesto de Egresos del Estado de Campeche para el ejercicio 2015, Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Prestación de Servicios Relacionados con Bienes Muebles del Estado de Campeche, Ley de Obras Públicas del Estado de Campeche y a las normas que en esta materia expida la Contraloría y lo establecido en las demás disposiciones jurídicas aplicables.

Los servidores públicos y todas aquellas personas que manejen o apliquen recursos públicos estatales y municipales a efecto de no incurrir en responsabilidad administrativa deberán dar cabal cumplimiento a lo que establece la Ley Reglamentaria del Capítulo XVII de la Constitución Política del Estado de Campeche.

Para el cumplimiento oportuno del ejercicio presupuestal y manejo de los recursos, los titulares de las dependencias y entidades de la Administración Pública Estatal, así como los servidores públicos que manejen o apliquen recursos públicos, serán responsables:

- En ningún caso contratarán adquisiciones, arrendamientos, servicios u obra pública, con los contribuyentes que no se encuentren al corriente en el cumplimiento de sus obligaciones fiscales, de conformidad con las disposiciones del Código Fiscal del Estado de Campeche y las leyes fiscales.
- Cumplir las disposiciones aplicables en materia presupuestaria.
- Verificar que la documentación comprobatoria del gasto contenga los requisitos fiscales aplicables.
- Apegarse a su presupuesto autorizado, llevando un estricto control del mismo.
- Efectuar las erogaciones conforme a las disposiciones de racionalidad, austeridad y disciplina presupuestaria establecidas en el Presupuesto de Egresos y demás disposiciones aplicables que emita la Secretaría, la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental y la Contraloría, en el ámbito de sus respectivas competencias.
- Abstenerse de contraer obligaciones que impliquen comprometer recursos de los subsecuentes ejercicios fiscales en los términos de la Ley de Control Presupuestal y

Responsabilidad Hacendaria del Estado de Campeche, así como celebrar contratos o cualquier otro acto de naturaleza análoga que impliquen un gasto o contraer obligaciones futuras, si para ello no cuentan con la autorización previa de la Secretaría, de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental y de la Coordinación General del COPLADECAM.

- Ejecutar el gasto con sujeción a los capítulos, conceptos y partidas de conformidad al Clasificador por Objeto del Gasto.
- Anotar en los documentos presupuestarios, los elementos de la clave presupuestaria respectiva a cada operación, y que ésta corresponda al concepto de la factura desglosado por las partidas afectadas; así como remitir en los plazos y términos establecidos en este Manual y demás disposiciones aplicables que emita la Secretaría, para efectos de la gestión, autorización y registro presupuestario correspondiente.
- Al realizar sus adquisiciones apegarse al Catálogo autorizado de Proveedores del Gobierno del Estado, mismo que es proporcionado por la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental a través de la Subsecretaría de Administración.
- Cumplir con los requerimientos de información presupuestaria y financiera que solicite la Secretaría, conforme a los plazos y términos previstos en las disposiciones aplicables, así como aquella en materia del ejercicio del gasto que ésta requiera.
- De la ejecución oportuna y eficiente de las acciones previstas en sus programas y proyectos, y de alcanzar las metas previstas en su programa operativo anual.
- Promover medidas administrativas para un adecuado manejo del presupuesto, de forma tal que contribuya a elevar el uso racional de los recursos públicos.
- Establecer los mecanismos de control para la custodia y cuidado de la documentación e información del ejercicio de los recursos públicos a su cargo, impidiendo o evitando el uso, la sustracción, la destrucción, el ocultamiento indebido de los documentos.
- Se deberá almacenar las facturas electrónicas en formato electrónico (XML) en medios magnéticos, ópticos o cualquier otro medio de almacenamiento informático (CD, DVD, DAT, Disco Duro, etc.), siempre y cuando la tecnología del medio de almacenamiento sea vigente.

La Secretaría será la institución facultada para interpretar administrativamente las normas presupuestarias contenidas en el presente Manual, en caso de cualquier aclaración o duda al respecto.

En el marco de la ley de Contabilidad las entidades del Poder Ejecutivo, los Poderes Legislativo y Judicial, los Ayuntamientos de los Municipios y los Órganos Autónomos deberán de asumir una posición estratégica en las actividades de armonización para que cada una de las instituciones públicas logre cumplir con los objetivos que consisten en establecer los criterios generales que regirán la Contabilidad Gubernamental y la información financiera de los entes públicos, con el fin de lograr su adecuada armonización, para facilitar el registro, la fiscalización de los activos, pasivos, ingresos y gastos; y, en general, contribuir a medir la eficacia, economía y eficiencia del gasto e ingresos públicos.

## 2.1 Estructura Programática y Clave Presupuestaria

### Integración de la Clave Presupuestaria

En cumplimiento a lo establecido en la Ley General de Contabilidad Gubernamental, los Poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial de la Federación, las Entidades Federativas, las Entidades y los Órganos Autónomos deberán adoptar e implementar, con carácter obligatorio, para el Presupuesto de Egresos que se apruebe para el ejercicio de 2015, los "Clasificadores" publicados por el CONAC. Lo anterior a efecto de construir, junto con los elementos técnicos y normativos, la matriz de conversión y estar en posibilidad de emitir la información contable y presupuestaria en forma periódica bajo las clasificaciones administrativa, económica, funcional y programática. El conjunto de estas clasificaciones genera la Estructura Programática.

#### Clave Presupuestaria

Es un conjunto de elementos codificados que permite organizar y sistematizar la información presupuestal contenida en el Presupuesto de Egresos, e identifica la naturaleza y destino de los recursos autorizados a las unidades responsables del gasto. Asimismo, se constituye como el instrumento a través del cual se lleva a cabo el registro de las operaciones derivadas de la gestión presupuestal, que se desarrolla durante el ejercicio fiscal correspondiente.

En el caso de Campeche, corresponde a la Secretaría verificar que lo anterior se observe durante la realización de los trámites presupuestarios.

### Estructura Programática

| Campos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Abreviatura | Longitud                   | Tipo     |          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------------|----------|----------|
| 1. <b>CLASIFICACIÓN ADMINISTRATIVA:</b> identifica las unidades administrativas a través de las cuales se realiza la asignación, gestión y rendición de los recursos financieros públicos, así como las bases institucionales y sectoriales para la elaboración y análisis de las estadísticas fiscales, organizadas y agregadas, mediante su integración y consolidación, tal como lo requieren las mejores prácticas y los modelos universales establecidos en la materia. Esta clasificación además permite delimitar con precisión el ámbito de Sector Público de cada orden de gobierno y por ende los alcances de su probable responsabilidad fiscal y cuasi fiscal. | CA          | Sector Público             | 1        | Numérico |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             | Sec. Público no Financiero | 1        |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             | Sector Económico           | 1        |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             | Subsector Económico        | 1        |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             | Ente Público               | 1        |          |
| 2. <b>RAMO:</b> Identifica a la Dependencia o Entidad que ejecuta el gasto de acuerdo al catálogo de Dependencias y Entidades.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | RA          | 2                          | Numérico |          |
| 3. <b>UNIDAD PRESUPUESTAL:</b> identifica al área administrativa de la Dependencia o Entidad que es responsable de la ejecución presupuestaria.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | UN          | 2                          | Numérico |          |

**MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DEL EJERCICIO  
DEL PRESUPUESTO 2015**

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |                                                                                                                                                                                                               |               |   |          |   |                  |   |                    |   |          |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---|----------|---|------------------|---|--------------------|---|----------|
| 4.                 | <b>FINALIDAD:</b> agrupa los gastos según los propósitos u objetivos socioeconómicos que persiguen los diferentes entes públicos. Presenta el gasto público según la naturaleza de los servicios gubernamentales brindados a la población. Con dicha clasificación se identifica el presupuesto destinado a funciones de gobierno, desarrollo social, desarrollo económico y otros no clasificados, permitiendo determinar los objetivos generales de las políticas públicas y los recursos financieros que se asignan para alcanzar éstos. | FI  | 1                                                                                                                                                                                                             | Numérico      |   |          |   |                  |   |                    |   |          |
| 5.                 | <b>FUNCIÓN:</b> presenta una descripción que permite informar sobre la naturaleza de los servicios gubernamentales y la proporción del gasto público que se destina a cada tipo de servicio, así como conocer en qué medida las instituciones de la Administración Pública cumplen con funciones económicas o sociales.                                                                                                                                                                                                                     | FU  | 1                                                                                                                                                                                                             | Numérico      |   |          |   |                  |   |                    |   |          |
| 6.                 | <b>SUBFUNCIÓN:</b> identifica en forma precisa las actividades que realizan las Dependencias y Entidades; es la desagregación específica y concreta de la función que identifica acciones y servicios afines a la misma, expresados en unidades de funcionamiento o de medición congruente.                                                                                                                                                                                                                                                 | SF  | 1                                                                                                                                                                                                             | Numérico      |   |          |   |                  |   |                    |   |          |
| 7.                 | <b>EJE:</b> registra el conjunto organizado de Objetivos Estratégicos del PED que satisfacen un objetivo específico del sector para alcanzar una o varias metas. En la ejecución de las actividades institucionales las Dependencias y Entidades pueden participar en uno o más Ejes.                                                                                                                                                                                                                                                       | EJ  | 1                                                                                                                                                                                                             | Numérico      |   |          |   |                  |   |                    |   |          |
| 8.                 | <b>OBJETIVO ESTRATEGICO:</b> registra el conjunto de Estrategias de cada Eje del PED, y representan el escenario deseable de nuestro Estado para alcanzarlo a través de dichas Estrategias. En su ejecución pueden participar una o más unidades presupuestales.                                                                                                                                                                                                                                                                            | OE  | 1                                                                                                                                                                                                             | Numérico      |   |          |   |                  |   |                    |   |          |
| 9.                 | <b>ESTRATEGIAS:</b> registra el conjunto de Líneas de Acción del PED , relacionadas directamente con cada Pp.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ES  | 1                                                                                                                                                                                                             | Alfabético    |   |          |   |                  |   |                    |   |          |
| 10.                | <b>LINEA DE ACCION:</b> última indicación de rumbo establecida en el PED.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | LA  | 3                                                                                                                                                                                                             | Numérico      |   |          |   |                  |   |                    |   |          |
| 11.                | <b>ACTIVIDAD INSTITUCIONAL:</b> conjunto de operaciones que realizan las unidades responsables de los recursos públicos para cumplir con su Misión. En el caso de Campeche, esta categoría programática no estará activada en la Estructura Programática ni en la Clave Presupuestaria en el 2015, solo quedará identificada como "000".                                                                                                                                                                                                    | AI  | 3                                                                                                                                                                                                             | Numérico      |   |          |   |                  |   |                    |   |          |
| 12.                | <b>MODALIDAD DEL PROGRAMA PRESUPUESTARIO:</b> subclasificación de los Pp que identifica con claridad las asignaciones y destino final del gasto público estatal. Esta clasificación permitirá avanzar gradualmente en la forma de presentación de los Pp gubernamentales.                                                                                                                                                                                                                                                                   | MPP | 1                                                                                                                                                                                                             | Alfabético    |   |          |   |                  |   |                    |   |          |
| 13.                | <b>PROGRAMA PRESUPUESTARIO:</b> identifica a un conjunto de acciones que se orientan de manera integral a resolver un problema específico, mejorar una situación y/o prever un acontecimiento, dentro del marco de prioridades establecidos en el PED.                                                                                                                                                                                                                                                                                      | PP  | 3                                                                                                                                                                                                             | Numérico      |   |          |   |                  |   |                    |   |          |
| 14.                | <b>COMPONENTE:</b> bienes y/o servicios públicos producidos y entregados por el Pp para cumplir su Propósito. Está dirigido al beneficiario final, o en algunos casos, al intermedio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | PC  | 4                                                                                                                                                                                                             | Numérico      |   |          |   |                  |   |                    |   |          |
| 15.                | <b>ACTIVIDADES:</b> gestión de actividades agrupadas en procesos que son relevantes para producir los bienes y servicios a entregar a los beneficiarios del Pp.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | AC  | 4                                                                                                                                                                                                             | Numérico      |   |          |   |                  |   |                    |   |          |
| 16.                | <b>ESPACIO GEOGRÁFICO:</b> registra las asignaciones y ejercicio del gasto público a nivel municipal donde se desarrollará el Pp.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | EG  | 2                                                                                                                                                                                                             | Alfa numérico |   |          |   |                  |   |                    |   |          |
| 17.                | <b>TIPO DE GASTO:</b> identifica la adquisición de insumos con la naturaleza económica de las erogaciones.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | TG  | 1                                                                                                                                                                                                             | Numérico      |   |          |   |                  |   |                    |   |          |
| 18.                | <b>FUENTE DE FINANCIAMIENTO:</b> identifica el origen de los recursos para financiar el gasto público, mismo que provienen del Estado, Propios y de la Federación o financiamientos y empréstitos, indispensables para llevar a cabo una actividad económica.                                                                                                                                                                                                                                                                               | FF  | 2                                                                                                                                                                                                             | Alfa numérico |   |          |   |                  |   |                    |   |          |
| 19.                | <b>CAPÍTULO, CONCEPTO Y PARTIDA:</b> identifica el objeto del gasto en los distintos niveles de agrupación de los insumos que se adquieren para cumplir con la misión institucional.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | PA  | <table border="1"> <tr> <td>Capítulo</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Concepto</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Partida Genérica</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Partida Específica</td> <td>1</td> </tr> </table> | Capítulo      | 1 | Concepto | 1 | Partida Genérica | 1 | Partida Específica | 1 | Numérico |
| Capítulo           | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |                                                                                                                                                                                                               |               |   |          |   |                  |   |                    |   |          |
| Concepto           | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |                                                                                                                                                                                                               |               |   |          |   |                  |   |                    |   |          |
| Partida Genérica   | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |                                                                                                                                                                                                               |               |   |          |   |                  |   |                    |   |          |
| Partida Específica | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |                                                                                                                                                                                                               |               |   |          |   |                  |   |                    |   |          |

# MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DEL EJERCICIO DEL PRESUPUESTO 2015

La estructura de la Clave Presupuestal a utilizar durante el ejercicio 2015 es la siguiente:

## ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA

| ESTRUCTURA     | CLASIFICACION ADMINISTRATIVA |                                               |                  |                     |                |                                           | CLASIFICACION FUNCIONAL |                     |           | ALINEACION AL PLAN ESTATAL |            |          |                      | CLASIFICACION PROGRAMATICA |                 |                         |                                       | GEOGRAFICA | CLASIFICACION ECONOMICA |              |             |                    |               | TOTAL            |                          |                    |          |    |
|----------------|------------------------------|-----------------------------------------------|------------------|---------------------|----------------|-------------------------------------------|-------------------------|---------------------|-----------|----------------------------|------------|----------|----------------------|----------------------------|-----------------|-------------------------|---------------------------------------|------------|-------------------------|--------------|-------------|--------------------|---------------|------------------|--------------------------|--------------------|----------|----|
|                | COMPONENTE                   | NUEVA CLASIFICACION ADMINISTRATIVA ARMONIZADA |                  |                     |                |                                           | RAMO                    | UNIDAD PRESUPUESTAL | FINALIDAD | FUNCION                    | SUBFUNCION | EJE      | OBJETIVO ESTRATEGICO | ESTRATEGIA                 | LINEA DE ACCION | ACTIVIDAD INSTITUCIONAL | MODALIDAD DEL PROGRAMA PRESUPUESTARIO |            | PROGRAMA PRESUPUESTARIO | COMPONENTE   | ACTIVIDADES | ESPACIO GEOGRAFICO | TIPO DE GASTO |                  | FUENTE DE FINANCIAMIENTO | PARTIDA            |          |    |
| SECTOR PUBLICO |                              | SECTOR PUBLICO NO FINANCIERO                  | SECTOR ECONOMICO | SUBSECTOR ECONOMICO | ENTES PUBLICOS | CAPITULO                                  |                         |                     |           |                            |            |          |                      |                            |                 |                         |                                       | CONCEPTO   |                         |              |             |                    |               | PARTIDA GENERICA |                          | PARTIDA ESPECIFICA |          |    |
| ABREVIATURA    | SP                           | SPNF                                          | SE               | SBE                 | EP             | RA                                        | UN                      | FI                  | FU        | SF                         | EJ         | OE       | ES                   | LA                         | AI              | MPP                     | PP                                    | PC         | AC                      | EG           | TG          | FF                 | CAP           | CP               | PG                       | PE                 | TOTAL    |    |
| DÍGITOS        | 1                            | 1                                             | 1                | 1                   | 1              | 2                                         | 2                       | 1                   | 1         | 1                          | 1          | 1        | 1                    | 1                          | 3               | 3                       | 1                                     | 3          | 4                       | 4            | 2           | 1                  | 2             | 1                | 1                        | 1                  | 1        | 42 |
|                | NUMERICA                     | NUMERICA                                      | NUMERICA         | NUMERICA            | NUMERICA       | NUMERICA                                  | NUMERICA                | NUMERICA            | NUMERICA  | NUMERICA                   | NUMERICA   | NUMERICA | ALFABETICA           | NUMERICA                   | NUMERICA        | ALFABETICA              | NUMERICA                              | NUMERICA   | NUMERICA                | ALFANUMERICA | NUMERICA    | ALFANUMERICA       | NUMERICA      | NUMERICA         | NUMERICA                 | NUMERICA           | NUMERICA |    |
| CONAC          |                              |                                               |                  |                     |                | CATALOGO PUBLICO:AN ESTATAL DE DESARROLLO |                         |                     |           |                            |            |          |                      |                            |                 |                         | EVALUACION                            |            |                         |              | CONAC       |                    | CONAC         |                  |                          |                    |          |    |

| ESTRUCTURA                   | ABREVIATURA | CATEGORÍA                               | DÍGITOS |
|------------------------------|-------------|-----------------------------------------|---------|
| CLASIFICACIÓN ADMINISTRATIVA | CA          | CLASIFICACIÓN ADMINISTRATIVA ARMONIZADA | 5       |
|                              | RA          | RAMO                                    | 2       |
|                              | UN          | UNIDAD PRESUPUESTAL                     | 2       |
| CLASIFICACIÓN FUNCIONAL      | FI          | FINALIDAD                               | 1       |
|                              | FU          | FUNCIÓN                                 | 1       |
|                              | SF          | SUBFUNCIÓN                              | 1       |
| ALINEACIÓN AL PED            | EJ          | EJE                                     | 1       |
|                              | OE          | OBJETIVO ESTRATÉGICO                    | 1       |
|                              | ES          | ESTRATEGIA                              | 1       |
|                              | LA          | LINEA DE ACCIÓN                         | 3       |
| CLASIFICACIÓN PROGRAMÁTICA   | AI          | ACTIVIDAD INSTITUCIONAL                 | 3       |
|                              | MPP         | MODALIDAD DEL PROGRAMA PRESUPUESTARIO   | 1       |
|                              | PP          | PROGRAMA PRESUPUESTARIO                 | 3       |
|                              | PC          | COMPONENTE                              | 4       |
|                              | AC          | ACTIVIDADES                             | 4       |
| GEOGRÁFICA                   | EG          | ESPACIO GEOGRÁFICO                      | 2       |
| CLASIFICACIÓN ECONÓMICA      | TG          | TIPO DE GASTO                           | 1       |
|                              | FF          | FUENTE DE FINANCIAMIENTO                | 2       |
|                              | PA          | PARTIDA                                 | 4       |
| TOTAL DE DÍGITOS             |             |                                         | 42      |

### Consideraciones:

1. La Clave Presupuestal se mantiene en 42 dígitos. Se constituye de 19 categorías que identifican las clasificaciones administrativa, funcional, programática, geográfica, económica y de alineación al PED.

2. A efecto de contar con información a un mayor nivel de detalle, continúa la apertura de cada uno de los cinco elementos que integran la Clasificación Administrativa Armonizada (sector público, sector público no financiero, sector económico, subsector económico y ente público), así como los cuatro elementos que integran la partida presupuestal (capítulo, concepto, partida genérica y partida específica).
3. La Clasificación Funcional se mantiene igual, con la misma cantidad de dígitos numéricos.
4. Se mantienen los tres dígitos para la Actividad Institucional, la cual es una categoría pendiente de homologar por parte del CONAC, por lo que se prevé que en la Clave Presupuestal se asignará "000" para efectos del Anteproyecto de Presupuesto 2015.
5. Derivado del proceso de integración del PBR se incorpora el catálogo de Pp actualizado, vinculado con sus correspondientes componentes y actividades, siendo éstas el último nivel programático al que se le asignarán recursos personales, materiales y servicios, así como la inversión.
6. El componente Programa Presupuestario continúa con un dígito alfabético que permite ubicarlos por Modalidad de conformidad con el catálogo anexo en el Manual de Programación y Presupuestación 2015.
7. En la categoría de Espacio Geográfico se mantiene la clasificación "no distribuible geográficamente", restringido sólo para cuando al momento de la integración del Proyecto de Presupuesto de Egresos no exista información de la distribución por municipio. En el transcurso del ejercicio no podrá realizarse erogación de recursos que considere la clave "no distribuible geográficamente".
8. Finalmente el Clasificador por Objeto del Gasto mantiene sus partidas específicas que se abren a dígitos, de tal manera que las partidas genéricas las que terminan en 0 son las que para efecto de información a la Federación van a concentrar los importes programados en las partidas específicas.
9. A continuación se muestra el cuadro de tipos de gasto con los capítulos que le corresponden:

## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DEL EJERCICIO DEL PRESUPUESTO 2015

| Clave/denominación                                  | Características y concertación preliminar                                                                                                                                                                                | Capítulo de gasto                                |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 1 Gasto Corriente                                   | Son los gastos de consumo y/o de operación, el arrendamiento de la propiedad y las transferencias otorgadas a los otros componentes institucionales del sistema económico para financiar gastos de esas características. | 1000, 2000, 3000, 4000, 8000 y 9000              |
| 2 Gasto de Capital                                  | Son los gastos destinados a la inversión de capital y las transferencias a los otros componentes institucionales del sistema económico que se efectúan para financiar.                                                   | 2000, 3000, 5000, 6000, 7000 y 8000 <sup>1</sup> |
| 3 Amortización de la Deuda y Disminución de Pasivos | Comprende la amortización de la deuda adquirida y disminución de pasivos con el sector privado, público y externo.                                                                                                       | 9000                                             |

<sup>1</sup> Para el Capítulo 2000, 3000 y 8000 sólo algunos casos.

## 2.2. Calendario de Gasto

El objeto de establecer una calendarización del gasto es el de lograr una congruencia entre los ingresos y los egresos, en virtud de que la recaudación y la entrega de participaciones federales tienen gran diferencia de un mes a otro, por tal motivo, es necesario ordenar los compromisos contraídos y así establecer la fecha de pago con anticipación.

Las Dependencias y Entidades se ajustarán a sus calendarios de gasto autorizados por el H. Congreso del Estado, en la Ley de Presupuesto de Egresos del Gobierno del Estado de Campeche para el Ejercicio Fiscal de 2015, solo en casos excepcionales y previa autorización de la Secretaría, será susceptible de sufrir adecuaciones presupuestales.

Se otorgará **prioridad** a los recursos previstos para los siguientes rubros:

|          |                                                         |
|----------|---------------------------------------------------------|
| Capítulo | 1000 Servicios Personales                               |
| Concepto | 3100 Servicios Básicos                                  |
| Concepto | 3200 Servicios de Arrendamiento                         |
| Partida  | 3451 Seguro de bienes patrimoniales                     |
| Partida  | 3921 Impuestos y Derechos                               |
| Partida  | 4111 Asignaciones presupuestarias vía nómina            |
| Concepto | 4500 Pensiones y Jubilaciones                           |
| Concepto | 8100 Participaciones                                    |
| Concepto | 8500 Convenios                                          |
| Concepto | 9100 Amortización de la Deuda Pública                   |
| Concepto | 9200 Intereses de la Deuda Pública                      |
| Concepto | 9900 Adeudos de Ejercicios Fiscales Anteriores (ADEFAS) |

La Secretaría comunicará a las Dependencias y Entidades los calendarios de gasto autorizados, a más tardar a los 30 días hábiles posteriores a la fecha de la publicación de la Ley de Presupuesto de Egresos del Estado de Campeche.

### Tipos de Clave

- NORMAL. Medida administrativa en la que se delega a los ejecutores del gasto atribuciones para administrar y ejercer los recursos asignados a su Presupuesto de Egresos, así como la responsabilidad de su correcta aplicación. Ejemplo: Gasto corriente.
- ETIQUETADA. La tiene sólo la Administración del SIACAM. En cuanto a las claves presupuestales con partida de radio y televisión "3613" de recursos estatales, se aplicarán por medio del área de Comunicación Social de la Secretaría de Coordinación.
- CENTRALIZADA. Medida administrativa en la que la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental a solicitud de las Dependencias y Entidades, compromete

recursos de manera directa, conforme a la disponibilidad presupuestaria de las mismas, realizando a nombre de la Dependencia o Entidad los tramites de autorización, liberación y pago, y en los casos que proceda, adquiere y contrata los bienes y servicios, resguardando la documentación.

NUEVAS:

- **INVERSIÓN.** Medida administrativa para identificar los recursos que van a destinarse a proyectos de inversión (Obras y Acciones).
- **AMPLIACIÓN-GASTO.** Medida administrativa para identificar los recursos que no fueron considerados en el Presupuesto de Egresos Aprobado, causando afectación en el Presupuesto de Egresos Modificado (recursos que han sido solicitados de manera adicional para gasto corriente).
- **AMPLIACIÓN-INVERSIÓN.** Medida administrativa para identificar los recursos que no fueron considerados en el Presupuesto de Egresos Aprobado, causando afectación en el Presupuesto de Egresos Modificado para proyectos de inversión (recursos que han sido solicitados de manera adicional para obras y acciones) y que provengan de ejercicios anteriores y se encuentren disponibles en cuentas bancarias.

### 2.3. Autorización, Ministración y Registro

- La autorización, ministración y ejercicio de recursos del Presupuesto de Egresos del Estado de Campeche, se realizará con base a los calendarios de gasto autorizados por la Secretaría.
- Todo el ejercicio presupuestal que se lleve a cabo a través de las partidas de gasto corriente y gasto de capital (capítulo 5000) deberá **invariablemente**, ser **registrado** y **autorizado** por la Secretaría o en su caso la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental.
- Para el ejercicio de los recursos destinados a gasto de inversión (obras y/o acciones, capítulo 6000 y 8000), la Dependencia deberá solicitar **previamente** su **autorización ante** la Coordinación General del COPLADECAM.
- Las dependencias a las cuales se les autorice recursos deberán crear la clave presupuestal a la cual se aplicará el gasto y solicitar a la Secretaría su alta en el sistema, para proceder a la captura del anexo técnico y tramitar **su aprobación** ante la Coordinación General del COPLADECAM.
- Las Dependencias deberán capturar en el Sistema, imprimir y enviar sus solicitudes de gasto corriente a través del Formato de Ejercicio Presupuestal correspondiente DP-01. Con este formato la Dirección de Egresos, verifica que cada solicitud recibida cuente con los formatos en mención y el soporte documental que corresponda a la clave presupuestal; de ser así se

registra en el sistema como recursos comprometidos y se continúa con el procedimiento. En caso contrario, se devuelve a la Dependencia para su corrección.

- Las erogaciones con cargo al Presupuesto de Egresos del Estado se pagarán mediante transferencias bancarias o en su caso con cheques nominativos, a nombre de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, prestadores de servicios, pagos de contribuciones fiscales federales, estatales y municipales, personas habilitadas, a beneficiarios diversos así como de proveedores o contratistas a los cuales se les pagará el importe neto y las diferencias respecto al importe total, correspondiente a descuentos y retenciones se pagará a terceros.
- A las Entidades se les otorgará su subsidio de acuerdo al calendario autorizado en el Presupuesto de Egresos y la solicitud deberá ir acompañada invariablemente por la documentación que se especifica en el apartado 2.6 Liberación de Recursos del presente Manual.
- Los recursos presupuestales de las **Entidades** se otorgarán a través de la Subsecretaría de Egresos, mediante transferencias bancarias.
- La Secretaría podrá reservarse la autorización y solicitar a las Dependencias coordinadoras de sector la revocación de las autorizaciones cuando no cumplan con las normas que emita la Secretaría, el COPLADECAM, o en su caso la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental, en general, cuando no ejerzan sus presupuestos de conformidad con las disposiciones aplicables.
- La Entidad deberá aperturar una cuenta bancaria comunicando a la Secretaría si es productiva y en su caso deberá de reintegrar en forma mensual los rendimientos que se hayan generado.
- Las transferencias que se realicen por concepto de participaciones a municipios deberán ser capturadas en el Sistema por la Subsecretaría de Egresos; asimismo las aplicaciones que correspondan a los adeudos de ejercicios fiscales anteriores (ADEFAS), comisiones, pagos, intereses de la deuda y otros pagos derivados de la operación del área de Egresos, así como los correspondientes a convenios por publicidad (concepto 3600). La Subsecretaría de Egresos deberá coordinarse con las áreas responsables del gasto para su captura y aplicación en el sistema.

La Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental será la responsable de ejercer las partidas centralizadas autorizadas en el presupuesto a las Dependencias de acuerdo a sus solicitudes de compra, según sea el caso, a través de la Dirección de Servicios Generales o la Dirección de Recursos Materiales y Control Patrimonial.

- Se consideran centralizadas las siguientes partidas:

### **Capítulo 2000**

- 2111 Materiales, útiles y equipos menores de oficina
- 2121 Materiales, útiles de impresión y reproducción

- 2141 Materiales, útiles, equipos y bienes informáticos para el procesamiento en tecnologías de la información y comunicaciones
- 2151 Material impreso e información digital
- 2161 Material de limpieza
- 2171 Materiales y útiles de enseñanza
- 2461 Material eléctrico y electrónico
- 2611 Combustibles
- 2612 Lubricantes y aditivos
- 2961 Refacciones y accesorios menores de equipo de transporte

### **Capítulo 3000**

- 3111 Servicio de Energía eléctrica
- 3131 Servicio de Agua
- 3141 Servicio de Telefonía tradicional
- 3151 Servicio de Telefonía celular
- 3161 Servicios de telecomunicaciones y satélites
- 3171 Servicios de acceso a internet, redes y procesamiento de información
- 3191 Servicios integrales de telecomunicación y otros servicios
- 3221 Arrendamiento de edificios y Locales
- 3231 Arrendamiento de mobiliario y equipo de administración, educacional y recreativo
- 3251 Arrendamiento de equipo de transporte
- 3331 Servicios de consultoría administrativa, procesos, técnica y en tecnologías de la información
- 3341 Servicios de capacitación a servidores públicos
- 3342 Capacitación en materia de PbR/SED
- 3381 Servicios de vigilancia
- 3451 Seguro de bienes patrimoniales
- 3531 Instalación, reparación, mantenimiento y conservación de equipo de cómputo y tecnologías de la información
- 3551 Reparación, mantenimiento y conservación de vehículos terrestres, aéreos, marítimos, lacustres y fluviales
- 3581 Servicios de lavandería, limpieza y manejo de desechos
- 3661 Servicio de creación y difusión de contenido exclusivamente a través de internet
- 3711 Pasajes aéreos
- 3921 Impuestos y derechos (Tenencia)

Los recursos autorizados a las partidas centralizadas serán irreductibles, salvo previa autorización de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental.

**Será responsabilidad de los Coordinadores Administrativos realizar ante la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental el trámite respectivo, relativo a la entrega de facturas para el pago a proveedores generados durante la primera semana del mes de diciembre de cada año con motivo del cierre del ejercicio fiscal vigente.** La documentación que se recepcione a partir del mes de enero del año siguiente, será aplicada con cargo al presupuesto autorizado para el ejercicio fiscal vigente.

En el caso de programas con normatividad federal se recepcionarán en las fechas que notifique en su oportunidad la Secretaría.

## **2.4. Responsabilidades en el manejo de los recursos**

Los Titulares de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, en el ejercicio de sus presupuestos aprobados, en el ámbito de sus respectivas competencias, son directamente responsables de la formulación de sus programas, componente y actividades, del desarrollo de los mismos, de la correcta administración y aplicación de los recursos y del cumplimiento de las disposiciones para el ejercicio óptimo del gasto público estatal, y de que se ejecuten con oportunidad y eficiencia las acciones previstas en sus respectivos programas, a fin de coadyuvar a la adecuada consecución de las estrategias y objetivos fijados en el Plan Estatal de Desarrollo 2009-2015, y demás programas formulados con base en la Ley de Planeación del Estado; así como de la estricta observancia de las disposiciones de austeridad, ajuste del gasto corriente, mejora y modernización de la gestión pública y disciplina presupuestales.

Los Poderes, así como los titulares de los Órganos Públicos Autónomos, en el ejercicio de sus presupuestos aprobados, se sujetarán a las disposiciones de la Ley de Presupuesto de Egresos del Estado de Campeche para el Ejercicio Fiscal 2015, en lo que no se contraponga a los ordenamientos legales que los rigen y serán responsables de que se ejecuten con oportunidad y eficiencia las acciones previstas en sus respectivos programas.

La inobservancia de las disposiciones presupuestarias, serán sancionadas de conformidad con lo establecido en la Ley Reglamentaria del Capítulo XVII de la Constitución Política del Estado de Campeche y demás disposiciones legales aplicables.

## **2.5. Fondo Revolvente**

El Fondo Revolvente es el mecanismo presupuestario que la Secretaría autoriza a las Dependencias para que dispongan de los recursos financieros necesarios para hacer frente a los compromisos derivados del ejercicio de sus funciones, por lo que éstas deben observar los calendarios de sus presupuestos autorizados. Se utilizará para gastos menores en partidas de gasto corriente. En casos excepcionales y previa autorización de la Secretaría, se podrá aplicar a otros

capítulos. Las Dependencias harán la captura de la solicitud del fondo a través del Sistema, posteriormente imprimirán y enviarán oficialmente a la Secretaría el formato DP-01.

### **Determinación de montos y operación del Fondo Revolvente**

La Secretaría será la instancia que autorice y fije los montos del Fondo Revolvente que no deberá exceder del 10% del importe asignado en el mes de enero a las partidas de gasto corriente. A partir del ejercicio fiscal de 2015 el importe de la primera ministración se entregará sin comprobación, sin embargo, las dependencias tendrán que indicar la clave presupuestal y partida del mes de enero hasta cubrir o llegar al monto requerido, ésta se utilizarán para comprometer el disponible del fondo revolvente asignado. El Sistema sólo permite la elaboración de una sola solicitud de fondo revolvente, por lo que se deberá tener que analizar cuidadosamente los importes asignados.

La Secretaría analizará los comprobantes del gasto para proceder al reembolso respectivo, formato DP-01. Las Dependencias deberán tramitar ante la Secretaría el reembolso correspondiente a viáticos y pasajes ya devengados anexando el Oficio de Comisión y Solicitud de Viáticos y Pasajes Formato SAIG-01 (Anexo 17) y el Informe de Comisión y Desgloce de Gastos Formato SAIG-04 (Anexo 20).

Para la ministración mensual del **Fondo Revolvente** con cargo al Presupuesto de Egresos, las Dependencias deberán solicitarlo a inicio de cada ejercicio fiscal mediante el formato DP-01 y oficio firmado por el Titular y dirigido a la Secretaría en el que se señale al servidor público facultado para firmar la ministración y comprobación de recursos, señalando alcances, período de vigencia y reconocimiento de firma; lo anterior no exime al Titular de la responsabilidad del ejercicio del gasto, debiendo informar a la Contraloría.

La Secretaría realizará transferencia bancaria a nombre de la Secretaría que realiza la solicitud de estos recursos en la cuenta bancaria aperturada para tal fin, previa solicitud.

Para el manejo de los recursos, se abrirá una cuenta de cheques no productiva a nombre de la Dependencia, registrando para tal efecto, la firma del Titular y de dos servidores públicos que serán los responsables del Fondo; estos nombres y firmas se harán del conocimiento de la Secretaría mediante oficio. Los pagos con cargo al Fondo Revolvente, se harán en efectivo, y si el monto es mayor de **\$ 2,000.00** se hará mediante cheque con firmas mancomunadas y en todos los casos serán nominativos, a favor de los proveedores o prestadores de servicios.

Queda exceptuado de lo anterior, los gastos inherentes a servicios aéreos a cargo de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental; los cuales por su propia naturaleza deben ser cubiertos conforme a las necesidades del servicio.

## Aplicación de los Recursos

Los recursos del fondo deberán ser aplicados invariablemente para la adquisición de materiales y servicios comprendidos en las partidas de los Capítulos **2000 Materiales y Suministros** y **3000 Servicios Generales** del Clasificador por Objeto del Gasto; no se aceptará sufragar gastos de otros capítulos, en casos excepcionales y previa autorización de la Secretaría, se podrá aplicar a otros capítulos.

Se procederá a la devolución de documentos comprobatorios cuando amparen algún concepto de gasto que no se contemple en los dos capítulos autorizados.

En la adquisición de bienes y servicios a través del Fondo Revolvente se deberá observar lo siguiente:

- A)** El pago de **facturas** por concepto de adquisición de bienes y servicios puede ser hasta un monto máximo de **\$ 5,000.00** incluyendo IVA, salvo casos excepcionales que sean autorizados por la Secretaría.
- B)** Los pagos en **efectivo** podrán ser hasta de **\$ 2,000.00**.
- C)** Los pagos de **\$ 2,000.01** en adelante deberán ser invariablemente a través de **cheques**, elaborando para ello la póliza correspondiente **y/o transferencia electrónica, las que deben contar con certificación a través del formato DE-01 (Anexo 73) "Abono a cuenta de cheques"**.
- D)** Si dentro del fondo Revolvente se otorgaran gastos por comprobar, se aplicará lo señalado en el inciso B).
- E)** En caso de que por necesidades de servicio se justifiquen el uso de tarjeta de prepago de telefonía celular, sólo se aceptarán con el oficio de autorización de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental hasta por un monto de \$ 2,000.00 por reembolso en cada solicitud.
- F)** Esta normatividad es aplicable a los fondos de caja(s) chica(s) que se creen o aperturen en las Dependencias y Entidades.

Su aplicación podrá ser a los siguientes conceptos y partidas:

### Capítulo 2000

2211 Productos alimenticios para personas  
2231 Utensilios para el Servicio de Alimentación  
2400 Materiales y artículos de construcción y de reparación  
2531 Medicinas y Productos farmacéuticos  
2921 Refacciones y accesorios menores de edificios

### Capítulo 3000

- 3181 Servicios postales y telegráficos
- 3471 Fletes y maniobras
- 3521 Instalación, reparación, mantenimiento y conservación de mobiliario y equipo de administración, educacional y recreativo
- 3611 Periódicos y revistas
- 3612 Impresiones y publicaciones oficiales
- 3641 Servicios de revelado de fotografías
- 3721 Pasajes terrestres
- 3731 Pasajes marítimos, lacustres y fluviales
- 3741 Autotransporte
- 3751 Viáticos en el País
- 3761 Viáticos en el extranjero
- 3921 Impuestos y derechos (peaje)

**Nota:** Se podrá ejercer un máximo del 10% del monto asignado, a través del fondo revolvente de las siguientes partidas centralizadas:

- 2111 Materiales, útiles y equipos menores de oficina
- 2141 Materiales, útiles, equipos y bienes informáticos para el procesamiento en tecnologías de la información y comunicaciones
- 2151 Material impreso e impresión digital
- 2161 Material de limpieza
- 2171 Materiales y útiles de enseñanza
- 2961 Refacciones y accesorios menores de equipo de transporte
- 2611 Combustible
- 2612 Lubricantes y aditivos
- 3921 Impuestos y derechos (por otros conceptos presupuestados)

### **Reposición**

- La reposición del fondo revolvente podrá realizarse de manera fraccionada siempre y cuando no exceda del monto asignado mensual. Se deberá capturar en el Sistema, Formato DP-01.

Las Dependencias deberán enviar oficio de solicitud de reposición firmado por el Titular anexando los siguientes documentos:

- El Formato DP-01.
- Documentación soporte

Los comprobantes deberán reunir los siguientes requisitos:

- Factura electrónica Original.

- Estar expedidos a nombre del Gobierno del Estado de Campeche y/o la Dependencia que realizó el gasto.
- Cumplir las disposiciones fiscales vigentes:
  - Nombre, denominación o razón social.
  - Domicilio fiscal, clave de RFC y régimen fiscal en que tributen.
  - Número de folio y sello digital del servicio de Administración Tributaria.
  - Lugar y fecha de expedición.
  - Registro de S.H.C.P.
  - Fecha de vigencia impresa en cada comprobante en base al artículo 29 "A" del Código Fiscal de la Federación.
  - Cantidad, unidad y clase de mercancía o descripción del servicio que ampara.
  - Precio unitario y valor total.
  - No tener tachaduras o enmendaduras.
  - Desglose del IVA e IEPS en los casos que se requiera.
- Nombre y firma de autorización del Titular y del responsable del Fondo.
- En el caso de que los gastos hayan sido por concepto de alimentación de personas, se anexará la correspondiente justificación, la relación debidamente firmada por cada uno de los beneficiados, no se admitirán comprobantes de alimentos por consumos excesivos ni de bares y bebidas alcohólicas.
- Todos los comprobantes que integran la reposición, deberán presentarse clasificados en su respectiva partida y unidad presupuestal para su correcta aplicación; así como la justificación del gasto que corresponda.
- Las compras que se realicen en tiendas de autoservicio y departamentales, obligatoriamente deberán tener la factura electrónica donde se detallen los productos adquiridos, no se aceptarán comprobantes por compras varias.
- En caso de tratarse de comprobantes del concepto materiales y artículos de construcción y de reparación se deberá incluir en la comprobación la descripción del lugar o lugares de las dependencias públicas en las cuales se realizó la construcción o reparación, y la correspondiente evidencia fotográfica del antes y después de dichas reparaciones.
- Asimismo, deberán anexar relación en Excel con el detalle de las facturas de gasto que se aplican por partida presupuestal.

No se aceptarán comprobantes de gastos destinados a:

- A)** Pago de servicios personales, reparaciones mayores de mobiliario, equipo de oficina y de transporte.
- B)** La adquisición de bienes clasificados en el Capítulo 5000 Bienes Muebles, Inmueble e Intangibles. Dicha adquisición es responsabilidad de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental.
- C)** Queda restringida la compra de material de limpieza y protección de equipos de cómputo, cuando se tenga contratado el mantenimiento de dicho equipo de

cómputo con empresas particulares, salvo previa autorización de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental.

La Subsecretaría de Egresos por conducto de la Dirección de Egresos, revisará la documentación comprobatoria de los fondos revolventes, verificando que se apliquen los conceptos y partidas de gasto autorizados y que reúnan los requisitos arriba señalados. Para proceder al reembolso respectivo será necesario que tenga suficiencia presupuestal, caso contrario, procederá a la devolución de la documentación comprobatoria que no cumpla con las disposiciones establecidas en el presente Manual.

### **Reintegro del Fondo Revolvente**

Se deberá reintegrar el importe total en el mes de diciembre de cada ejercicio fiscal conforme a las disposiciones emitidas por la Secretaría, dentro de los **15 primeros días hábiles de diciembre**, éste podrá estar integrado por documentación comprobatoria y recibo oficial original por el reintegro en efectivo o cheque. Previa solicitud de alguna Dependencia, la Secretaría podrá ampliar dicho plazo siempre y cuando la prórroga se encuentre plenamente justificada, y ésta haya sido presentada 3 días hábiles previos al vencimiento del plazo estipulado.

Al cierre del ejercicio fiscal 2015 deberán efectuar su comprobación final del fondo revolvente y reintegrar en efectivo los saldos disponibles. Para lo anterior, deberán capturar en el sistema su comprobación y reintegro para la descarga correspondiente y remitir a la Subsecretaría de Egresos la comprobación y reintegro indicando el número de cheque de referencia y el nombre del beneficiario a favor de quien se expedirá el recibo oficial, y efectuar depósito directamente en cualquiera de las cajas de la Dirección de Ingresos de la Secretaría. Esta documentación; deberá anexarse al formato de comprobación del fondo revolvente; y presentarse a la Secretaría a más tardar el día 28 de diciembre de 2015.

Los reintegros deberán ser capturados en el sistema para su descarga en el mismo ejercicio en que se realice el depósito.

### **2.6. Gasto por Comprobar**

Este es un procedimiento que queda restringido para el presente ejercicio y sólo se otorgará a las Dependencias cuando para el cumplimiento de sus funciones así lo requiera y será previamente autorizado por el titular y la Secretaría.

1. En caso de que se haya otorgado por causa justificada un gasto por comprobar, quien sea ejecutor del gasto deberá enviar la comprobación de los mismos, directamente en la ventanilla de "Recepción de Documentos", el expediente que estará integrado de la siguiente manera:

- a. Formato DP-02, que se captura e imprime en el Sistema.
  - b. Las facturas, notas y/o recibos expedidos por el proveedor o prestador de servicios, en original y cumpliendo con los requisitos correspondientes siguientes:
    - Los pagos en **efectivo** podrán ser hasta de **\$ 2,000.00**.
    - Los pagos de **\$ 2,000.01** en adelante deberán ser invariablemente a través de **cheques**, elaborando para ello la póliza correspondiente **y/o transferencia electrónica, las que deben contar con certificación a través del formato DE-01 (Anexo 73) "Abono a cuenta de cheques"**.
  - c. Los comprobantes deberán reunir los requisitos fiscales correspondientes.
2. No se aceptará la comprobación de recursos a conceptos distintos de los que originalmente se solicitaron. Por lo que deberá reintegrarse en efectivo o cheque (cuando el gasto fuera menor al importe solicitado) y se depositará en cualquiera de las cajas de la Dirección de Ingresos de la Secretaría, haciendo referencia al número de transferencia bancaria. Cuando el reintegro sea a través de cheque, éste deberá ser certificado a favor del Gobierno del Estado de Campeche. En caso de ser depósito electrónico deberá enviarse copia del mismo a la Secretaría solicitando la reclasificación correspondiente.
  3. En el caso de reintegros en efectivos o depósitos bancarios que realice los ejecutores del gasto, estos serán responsables a través de la Coordinación Administrativa de capturar en el módulo de comprobaciones de gasto del Sistema el reintegro correspondiente; ya que de no realizarlo por esta vía, no procederá el descargo del gasto.
    - a. Afectando el contrarecibo y clave presupuestal no ejercida y enviando la impresión con el recibo original a la Secretaría para la descarga del gasto por comprobar.
    - b. Dichos reintegros deberán realizarse antes de finalizar el ejercicio (Diciembre) de lo contrario, afectará el ejercicio siguiente.
  4. Será responsabilidad del Coordinador Administrativo entregar la comprobación en un plazo no mayor a 30 días naturales, posteriores a la fecha en que se otorgó el recurso. No se autorizarán gastos por comprobar subsecuentes si no se ha realizado la comprobación de gastos pagados con anterioridad.
  5. Para el cierre del Ejercicio Fiscal el plazo de la comprobación será desde la 2da. Quincena de noviembre y hasta la 1ra. Quincena de Diciembre.
  6. Los gastos por comprobar, otorgados durante un ejercicio fiscal y comprobado en el siguiente, serán aplicados al presupuesto autorizado en éste último, siendo responsabilidad del Coordinador Administrativo, salvo previa autorización de la Secretaría.
  7. Las solicitudes de gastos a comprobar que afecten al capítulo 4000, 5000 y 8000 o partidas no presupuestadas, deberán solicitar a la Secretaría la autorización y creación de la clave correspondiente; anexando la justificación correspondiente.
  8. Al 30 de noviembre todas las solicitudes realizadas como gasto por comprobar que no hayan sido liberadas, serán canceladas y la dependencia ejecutora procederá a capturar en el Sistema la documentación que corresponda para considerarla como compromiso de pago en el ejercicio siguiente.

9. A partir del primer día hábil del mes de diciembre no se podrán realizar solicitudes vía gasto por comprobar.

## **2.7. Liberación de recursos**

De conformidad con lo que se señala en la Ley de Presupuesto de Egresos del Gobierno del Estado de Campeche para el Ejercicio Fiscal 2015, en su Artículo 33 “Los Titulares de las Dependencias y Entidades serán responsables, en el ámbito de sus competencias, de que la ministración de subsidios y transferencia que se les haya autorizado con cargo a sus presupuestos se otorguen y ejerzan conforme a lo establecido en esta Ley y demás disposiciones aplicables”.

Será responsabilidad de las entidades establecer los controles adecuados para llevar el registro a nivel partida de los recursos autorizados.

Para efecto de llevar en el Sistema Presupuestal del Estado un registro de los recursos aplicados por los organismos, respetando la autonomía en cuanto a la administración de los mismos; se implementó para la liberación de los subsidios mensuales autorizados, la siguiente normatividad.

### **PROCEDIMIENTO PARA LA LIBERACION DE RECURSOS AUTORIZADOS A LOS ORGANISMOS DESCONCENTRADOS Y DESCENTRALIZADOS DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA ESTATAL.**

- 1)** La solicitud se hará mediante la captura en el formato DP-03, aplicándose directamente en el Sistema y se imprimirá para su firma y envío a la Secretaría, para la liberación del subsidio autorizado especificando el mes que corresponda, el monto global y por capítulos de los recursos que se solicitan. Se entregará dicha solicitud en la ventanilla de recepción de documentos de la Secretaría para su trámite. Solamente en casos excepcionales se harán los pagos directo a proveedores.
- 2)** La información relativa a la aplicación del recurso, será enviada mediante formato en Excel por partida de gasto para su conciliación y posterior consolidación a la Cuenta Pública del Estado.

Cada entidad deberá llevar su propia contabilidad, la cual incluirá las cuentas para registrar tantos los activos, pasivos, capital o patrimonio, ingresos, gastos, costos; así como las asignaciones, compromisos y ejercicios correspondientes a los programas y proyectos de su propio presupuesto. Asimismo, deberán conservar la documentación original comprobatoria correspondiente.

## **2.8. Viáticos y Pasajes Aéreos**

El Titular de la Dependencia al inicio de cada ejercicio presupuestal dará a conocer la clave bancaria de la cuenta para depositar vía transferencia electrónica los recursos por concepto de viáticos y pasajes.

El presupuesto asignado a viáticos y pasajes deberá ejercerse con estricto apego al calendario y montos autorizados.

Las Dependencias que soliciten los gastos por este concepto deberán ajustarse a los tabuladores establecidos por la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental.

El número de servidores públicos que sean enviados a una misma comisión deben reducirse al mínimo indispensable.

El ejercicio de las partidas 3721 Pasajes terrestres 3731 Pasajes marítimos, lacustres y fluviales, 3751 Viáticos en el país y 3761 Viáticos en el extranjero, será descentralizada por lo que es responsabilidad exclusiva del Titular y del Coordinador Administrativo de las Dependencias y Entidades su correcta observancia.

Las Dependencias deberán tramitar a la Secretaría a través de la Subsecretaría de Egresos el reembolso correspondiente a viáticos ya devengados anexando el formato de solicitud de recursos para el pago de gastos de viáticos mediante el "Oficio de Comisión y Solicitud de Viáticos y Pasajes" formato SAIG-01 (Anexo 17), para ello deberán verificar la disponibilidad presupuestal y ajustarse a los tabuladores establecidos por la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental.

La liberación de los recursos se realizará a favor de la Dependencia y se depositarán por transferencia bancaria a la cuenta asignada para este concepto ante la Secretaría quedando bajo la responsabilidad del Coordinador Administrativo hacer la oportuna entrega y distribución de los importes a los comisionados.

La comprobación de las comisiones se realizará con base a los lineamientos que establece el Manual de Procedimientos para el Trámite de Viáticos y Pasajes para las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, que se encuentre vigente.

Los Coordinadores Administrativos serán los encargados de la adquisición de los pasajes terrestres mediante el Fondo Revolvente asignado a la Dependencia.

Será responsabilidad de cada Dependencia a través de su área administrativa, implementar los sistemas y procedimientos administrativos internos necesarios para el adecuado uso de los viáticos otorgados.

## 2.9. Programas de Aportaciones Federales

Para la autorización, ministración y ejercicio de los recursos que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público transfiere del Ramo 33 Fondos de Aportaciones Federales, a las Entidades Federativas y por conducto de estas, a los Municipios, así como el de otros recursos Federales que se ejerzan de manera concurrente con dichos órdenes de gobierno, quedarán sujetos al **PRINCIPIO DE ANUALIDAD (Art. 7 Presupuesto de Egresos de la Federación 2015)**, serán administradas y ejercidas por los gobiernos de las Entidades Federativas y en su caso de los Municipios que las reciban, **conforme a sus propias leyes**, por lo tanto deberán registrarse como ingresos propios que deberán destinarse específicamente a los fines establecidos en la Ley de Coordinación Fiscal (**art. 49**); toda documentación comprobatoria deberá llevar aplicada la leyenda: "Operado" con nombre del fondo, (por ejemplo: OPERADO FAFEF) y el año fiscal (2015). Para efectos del control interno, deberá validarse la documentación por los responsables (titular y administrativo) de la Dependencia ejecutora autorizada para ejercer presupuestalmente los recursos en Proyectos de obra pública y/o acciones. También se deberá observar entre otras cosas importantes, lo siguiente:

Los recursos del fondo correspondiente y sus rendimientos financieros, se administrarán en una cuenta específica, además no se podrán incorporar remanentes de otros ejercicios, ni las aportaciones que realicen, en su caso los beneficiarios de las obras y acciones. Asimismo se deberán mantener registros específicos de cada fondo, debidamente actualizados, identificados y controlados.

No se podrá transferir recursos entre fondos y a cuentas en las que se disponga de otro tipo de recursos.

Para el caso especial de los reintegros de recursos presupuestales, invariablemente se deberá conciliar y solicitar el número de cuenta específica del fondo o recurso federal al que corresponda, para que posteriormente mediante comunicado oficial se incluyan los siguientes datos:

Nombre del Fondo, Programa o Convenio; fuente del recurso (federal, estatal, otros, etc. etc.); tipo de recurso (capital o productos financieros); el año fiscal del ejercicio; No. Oficio de Autorización y No. de Oficio de Aprobación (Proyecto Aprobado) y la fecha de emisión; Programa, subprograma y **nombre de la obra o acción**; el número del contrarecibo, emitido por la Secretaría; así como el concepto del reintegro.

### MODALIDAD DE EJECUCIÓN: OBRA PÚBLICA POR CONTRATO (C)

Obras o acciones por contrato, son aquellas adjudicadas por la dependencia ejecutora del gasto **a terceros**, y cuyo procedimiento se encuentra establecido en las Leyes de: Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas y de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, sus Reglamentos y demás ordenamientos aplicables.

Los documentos que se deben presentar y anexar en formato PDF en el sistema, al tramitar el compromiso del recurso, son:

- Copia del Contrato (documento jurídico) debidamente validado.

Y al tramitar el pago del anticipo, o a falta de éste en la primera estimación y subsecuentes, acompañados del formato del ejercicio presupuestal, emitido en el Sistema son los siguientes:

- Contrato original (documento jurídico) debidamente validado.
- Copias fotostáticas de las fianzas de: garantía del contrato, del anticipo (si lo hubiera) y la de vicios ocultos.
- Factura del anticipo con las disposiciones fiscales vigentes.
- Estimación (factura, carátula, estado de cuenta y resumen de la estimación) y complementariamente los números generadores, cuerpo de la estimación, álbum fotográfico y acta de entrega-recepción de la obra o acción.

La Dependencia Ejecutora deberá disponer documentalmente de los números generadores, cuerpo de la estimación, álbum fotográfico, finiquito de obra y acta de entrega-recepción de la obra o acción.

En el caso de las obras que se ejecuten por contrato, se procederá conforme a lo señalado en el art. 191 de la Ley Federal de Derechos, reteniendo el 5 al millar del importe de sus estimaciones de obra a los contratistas, para destinarlos a las acciones asignadas a la Contraloría Estatal; del art. 105 de la Ley de Hacienda del Estado de Campeche, se aplicará el 1% del monto estimado, para Obras de Beneficio Social, así como el 2 al millar para la Cámara Mexicana de la Industria de la Construcción (CMIC), delegación Campeche, a las estimaciones de los contratistas afiliados a dicho organismo según lo dispuesto en el Convenio respectivo, celebrado con la Secretaría de Finanzas.

El pago de las estimaciones de obra, no se considera como la aceptación plena de los trabajos realizados, por lo que, de ser el caso, la dependencia ejecutora deberá reclamar los conceptos faltantes o mal ejecutados, conforme al marco legal vigente.

### **MODALIDAD DE EJECUCIÓN: ADMINISTRADA (AD)**

Por Administrada, se entenderá la ejecución de obras o acciones por las instancias o dependencias ejecutoras, con elementos propios, es decir, sin la intervención de terceros (contratistas), y deberán apegarse según lo dispuesto en la normatividad vigente, atendiendo a la fuente de financiamiento. Artículo 49 de la Ley de Obras Públicas del Estado de Campeche y 46 de su Reglamento.

En el caso de las adquisiciones de materiales y suministros o de la renta de maquinaria y equipo complementario, se deberá atender lo dispuesto en la norma aplicable, debiéndose presentar el contrato jurídico respectivo.

La Secretaría revisará y cotejará la documentación comprobatoria, a nivel de obra o acción, (salvo en los casos en que dichos documentos, queden en resguardo de la ejecutora de acuerdo a lo establecido en los Convenios celebrados, por lo que el gasto quedará aplicado.) la cual deberá presentarse con el formato del ejercicio presupuestal emitido por el Sistema,

desglosada por cada beneficiario del gasto emitidos con cargo al presupuesto asignado a dicha instancia.

Las etapas de las obras que se autoricen y aprueben para su ejecución en el presente ejercicio deberán concluirse durante el mismo, sin comprometer recursos de años subsecuentes para su continuación. La asignación de recursos adicionales para la conclusión de la obra, es responsabilidad de la Coordinación General del COPLADECAM.

En ambas modalidades de ejecución, la dependencia deberá entregar la documentación comprobatoria en original y copia legible (**selladas de "operado"**), para trámite de pago ante la Secretaría, con excepción de lo estipulado en algún convenio, que indique que la ejecutora será responsable de resguardar la documentación original.

### **EXPEDIENTE UNITARIO DE OBRA O ACCION**

La dependencia ejecutora será la instancia responsable de integrar debidamente el **EXPEDIENTE UNITARIO DE OBRA O ACCION** realizada, conforme a la normatividad vigente aplicable.

### **Ramo 33 (APORTACIONES FEDERALES PARA ENTIDADES FEDERATIVAS Y MUNICIPIOS).**

#### **Fondo de Aportaciones para la Nomina Educativa (FONE) y Gasto Operativo), de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), y de Educación Tecnológica y de Adultos (FAETA).**

Estos recursos deberán ser considerados en el Presupuesto de Egresos del Estado aprobado por el H. Congreso local.

El Fondo de Aportaciones para la Nómina Educativa y Gasto Operativo será administrado por la SHyCP, y la transferencia de los recursos de dicho Fondo se realizará en los términos previstos en el artículo 26-A de la Ley de Coordinación Fiscal.

El Gasto Operativo del FONE, FASSA y FAETA se ministrarán en forma mensual en apego al calendario autorizado por la SHCP.

La Secretaría de Educación (SEDUC), el Instituto de Servicios Descentralizados de Salud Pública del Estado de Campeche (INDESALUD), Colegio de Educación Profesional Técnica del Estado de Campeche (CONALEP) y el Instituto Estatal de la Educación para los Adultos del Estado de Campeche (IEEA), deberán aperturar una cuenta única específica para los recursos transferidos, informando a la Secretaría si es productiva, así como los rendimientos financieros que se generen.

- Para el ejercicio de los recursos deberán observarse las normas que establece el presente manual y las de carácter presupuestal complementarias que pueda emitir la Secretaría posteriormente, así como la demás normatividad estatal aplicable.
- La Secretaría de Educación (SEDUC) el Instituto de Servicios Descentralizados de Salud Pública del Estado de Campeche (INDESALUD), Colegio de Educación Profesional Técnica del Estado de Campeche (CONALEP) y el Instituto Estatal de la Educación para los Adultos del Estado de Campeche (IEEA) solicitarán a la Secretaría en los primeros 5 días de cada mes los recursos por unidad, programa, capítulo, concepto y partida presupuestal en los formatos del Sistema.
- Las Dependencias ejecutoras entregarán el cierre de ejercicio financiero a la Secretaría, dentro de los primeros 15 días naturales del mes de enero del año siguiente al ejercicio fiscal.
- La documentación original comprobatoria quedará resguardada en la Secretaría de Educación, así como en INDESALUD, CONALEP e IEEA para su registro contable, y sujeto a revisión por Los órganos de fiscalización federal y estatal.

#### **Fondo de Aportaciones para la Infraestructura Social (FAIS). Fondo de Infraestructura Social para las Entidades (FISE)**

- Los recursos se destinarán exclusivamente al financiamiento de obras, acciones sociales básicas y a inversiones que beneficien directamente a población en pobreza extrema, localidades con alto o muy alto nivel de rezago social conforme a lo previsto en la Ley General de Desarrollo Social, y en las zonas de atención prioritaria.
- La Secretaría aperturará una cuenta productiva específica para el programa.
- La Coordinación General del COPLADECAM enviará a la Secretaría, el programa de obras autorizadas en el Seno del COPLADECAM, desagregadas por Dependencia ejecutora y emitirá los oficios de autorización respectivos de la misma manera
- Las Dependencias ejecutoras deberán capturar en el Sistema y presentar los expedientes técnicos de obras y servicios para su validación y Aprobación.
- La Coordinación General del COPLADECAM revisará, validará y emitirá los oficios de Aprobación para las Dependencias Ejecutoras y enviará una copia a la Secretaría, así como una relación de los mismos documentos a la Contraloría del Estado.
- La Dependencia ejecutora deberá capturar y anexar en formato PDF la documentación comprobatoria (facturas, fianzas, estimaciones) e imprimir en el Sistema las solicitudes de trámite de pago y lo envían a la Secretaría oficialmente, adjuntando la documentación comprobatoria para revisión y trámite de pago.
- La Secretaría procede al pago de acuerdo al presupuesto autorizado y a la disponibilidad de recursos.
- La documentación comprobatoria quedará resguardada en la Secretaría para su integración a la cuenta pública.

- La Dependencia ejecutora realizará el cierre de ejercicio físico y financiero y lo enviará a la Secretaría.

**Fondo de Aportaciones para la Infraestructura Social (FAIS). Fondo para la Infraestructura Social Municipal y de las Demarcaciones Territoriales del Distrito Federal (FISMDF)**

- La Secretaría ministrará los recursos del FISMDF con base en el Acuerdo del Ejecutivo del Estado por el que se determina la distribución del Fondo para la Infraestructura Social Municipal y de las Demarcaciones Territoriales del Distrito Federal, Ejercicio Fiscal 2015, correspondiente a los Municipios del Estado de Campeche.
- La Secretaría depositará en forma mensual las aportaciones correspondientes de acuerdo al calendario y ministraciones efectuadas por la SHCP.
- Los H. H. Ayuntamientos deberán aperturar una cuenta bancaria productiva exclusiva para el manejo del programa y podrán autorizar los rendimientos financieros generados para complementar alguna obra o acción del FISMDF.
- La Secretaría captura la solicitud de recursos en el Sistema, para su integración al presupuesto de egresos del Estado.
- Los recursos se destinarán exclusivamente al financiamiento obras y acciones que beneficien preferentemente a la población de los municipios, demarcaciones territoriales y localidades que presenten mayores niveles de rezago social y pobreza extrema en la entidad en los rubros de: agua potable, alcantarillado, drenaje y letrinas, urbanización, electrificación rural y de colonias pobres, infraestructura básica del sector salud y educativo, mejoramiento de vivienda, así como mantenimiento de infraestructura, conforme a lo señalado en el catálogo de acciones establecido en los Lineamientos del Fondo que emita la Secretaría de Desarrollo Social.
- Conforme a la Ley de Coordinación Fiscal, los municipios deberán:
  - a) *Hacer del conocimiento de sus habitantes, al menos a través de la página oficial de Internet de la entidad federativa conforme a los lineamientos de información pública financiera en línea del Consejo de Armonización Contable, los montos que reciban, las obras y acciones a realizar, el costo de cada una, su ubicación, metas y beneficiarios;*
  - b) *Promover la participación de las comunidades beneficiarias en su destino, aplicación y vigilancia, así como en la programación, ejecución, control, seguimiento y evaluación de las obras y acciones que se vayan a realizar;*
  - c) *Informar a sus habitantes los avances del ejercicio de los recursos trimestralmente y al término de cada ejercicio, sobre los resultados alcanzados; al menos a través de la página oficial de Internet de la entidad federativa, conforme a los lineamientos de información pública del Consejo Nacional de Armonización Contable, en los términos de la Ley General de Contabilidad Gubernamental;*
  - d) *Proporcionar a la Secretaría de Desarrollo Social, la información que sobre la utilización del Fondo de Aportaciones para la Infraestructura Social le sea requerida. En el*

*caso de los municipios y de las demarcaciones territoriales, lo harán por conducto de las entidades;*

- e) Procurar que las obras que realicen con los recursos de los Fondos sean compatibles con la preservación y protección del medio ambiente y que impulsen el desarrollo sostenible;*
- f) Reportar trimestralmente a la Secretaría de Desarrollo Social, a través de sus Delegaciones Estatales o instancia equivalente en el Distrito Federal, así como a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, el seguimiento sobre el uso de los recursos del Fondo, en los términos que establecen los artículos 48 y 49 de esta Ley, así como con base en el Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social de las entidades y sus respectivos municipios o demarcaciones territoriales. Asimismo, las entidades, los municipios y las demarcaciones territoriales, deberán proporcionar la información adicional que solicite dicha Secretaría para la supervisión y seguimiento de los recursos, y*
- g) Publicar en su página oficial de Internet las obras financiadas con los recursos de este Fondo. Dichas publicaciones deberán contener, entre otros datos, la información del contrato bajo el cual se celebra, informes trimestrales de los avances y, en su caso, evidencias de conclusión.*

*Los municipios que no cuenten con página oficial de Internet, convendrán con el gobierno de la entidad federativa correspondiente, para que éste publique la información correspondiente al municipio.*

- Proporcionar a la Coordinación General del COPLADECAM por conducto del Estado, la información que sobre la utilización del fondo de aportaciones para la infraestructura social municipal le sea requerida; y
- Procurar que las obras que se realicen con los recursos del Fondo, sean compatibles con la preservación y protección del medio ambiente y que impulsen el desarrollo sustentable.
- Los H.H. Ayuntamientos elaborarán el cierre del ejercicio físico y financiero.

### **Fondo de Aportaciones para el Fortalecimiento de los Municipios y Demarcaciones del D.F. (FORTAMUNDF)**

- La Secretaría ministrará los recursos del FORTAMUNDF con base en el Acuerdo del Ejecutivo del Estado por el que se determina la distribución del Fondo de Aportaciones para el Fortalecimiento de los Municipios y Demarcaciones Territoriales del Distrito Federal, Ejercicio Fiscal 2015, correspondiente a los Municipios del Estado de Campeche.
- Las aportaciones federales que, con cargo al FORTAMUNDF, reciban los municipios a través de las entidades, se destinarán a la satisfacción de sus requerimientos, dando prioridad al cumplimiento de sus obligaciones financieras, al pago de derechos y aprovechamientos por concepto de agua, descargas de aguas residuales, a la modernización de los sistemas de recaudación locales, mantenimiento de infraestructura, y a la atención de las necesidades directamente vinculadas con la seguridad pública de sus habitantes.

- La Secretaría otorgará en forma mensual a los H.H. Ayuntamientos los recursos de acuerdo al calendario autorizado y ministraciones de la SHCP.
- Los H.H. Ayuntamientos deberán aperturar una cuenta bancaria productiva específica para el manejo de estos recursos y podrán autorizar y aplicar los rendimientos financieros generados para complementar obras o acciones del FORTAMUNDF.
- La Secretaría captura la solicitud de recursos en el Sistema, para su integración al presupuesto de egresos del Estado.
- Conforme a la Ley de Coordinación Fiscal, los municipios tendrán las mismas obligaciones del FISMDF.

Proporcionar a la Coordinación General del COPLADECAM por conducto del Estado, la información que sobre la utilización Fondo de Aportaciones para el Fortalecimiento de los Municipios y Demarcaciones del D.F. le sea requerida; y

- Procurar que las obras que se realicen con los recursos del Fondo, sean compatibles con la preservación y protección del medio ambiente y que impulsen el desarrollo sustentable.
- Los H.H. Ayuntamientos elaborarán el cierre del ejercicio físico y financiero.

### **Fondo de Aportaciones Múltiples (FAM)**

#### **Asistencia Social**

En este fondo se consideran los recursos que se otorgan al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) organismo descentralizado del Gobierno del Estado, para el otorgamiento de desayunos escolares, apoyos alimentarios y de asistencia social a la población en condiciones de pobreza extrema, apoyos a la población en desamparo. La Coordinación General del COPLADECAM emitirá los oficios de autorización.

- La Dependencia ejecutora deberá presentar los expedientes técnicos de los Proyectos de obras y servicios a la Coordinación General del COPLADECAM.
- La Coordinación General del COPLADECAM revisará, validará y emitirá los oficios de aprobación para la Dependencia ejecutora y enviará una copia a la Secretaría, así como una relación de los mismos documentos a la Contraloría del Estado.
- El Sistema DIF deberá aperturar una cuenta bancaria específica, así como capturar, imprimir y enviar oficialmente a la Secretaría la solicitud de recursos en el formato de Ejercicio Presupuestal del Sistema.
- Los documentos originales comprobatorios quedarán en el Sistema DIF para su aplicación contable y revisión por la Contraloría.
- El Sistema DIF deberá elaborar el cierre del ejercicio de los recursos otorgados del Fondo señalando los objetivos y metas alcanzadas y enviará a la Secretaría para su integración a la Cuenta Pública del Estado y a la Contraloría.

### **Fondo de Infraestructura Básica y Superior**

Los recursos se radican a través de este Fondo para la Construcción, Equipamiento y Rehabilitación de la Infraestructura Física en los niveles de Educación Básica, Media Superior y Superior en su modalidad universitaria, se observará lo siguiente:

La Coordinación General del COPLADECAM emitirá los oficios de autorización.

- Las Dependencias ejecutoras deberán presentar los expedientes técnicos de los Proyectos de obras y servicios a la Coordinación General del COPLADECAM.
- La Coordinación General del COPLADECAM revisará, validará y emitirá los oficios de aprobación para las Dependencias ejecutoras y enviará una copia a la Secretaría, así como una relación de los mismos documentos a la Contraloría.
- La Secretaría aperturará una cuenta productiva específica para los recursos transferidos por la SHCP.
- La Secretaría de Educación envía el programa de obras autorizado a las Universidades (UAC y UNACAR) y al INIFEEC, el de Educación Básica, Educación Media Superior y Superior Tecnológica.
- La Dependencia ejecutora deberá capturar e imprimir en el Sistema las solicitudes de trámite de recursos y lo envía a la Secretaría oficialmente
- La documentación original quedará resguardada por el ejecutor del gasto para su aplicación contable y revisión por la Contraloría y deberán elaborar el cierre del ejercicio de los recursos otorgados del Fondo señalando los objetivos y metas alcanzadas y enviaran a la Secretaría para su integración a la Cuenta Pública del Estado y a la Contraloría.
- La UAC, la UNACAR y el INIFEEC realizarán el cierre del ejercicio físico-financiero y lo enviará a la Secretaría.

### **Fondo de Aportaciones para la Seguridad Pública (FASP)**

- El convenio tiene por objeto coordinar los criterios y las acciones en materia de seguridad pública establecidas entre el Consejo Nacional de Seguridad Pública y la Secretaría de Seguridad Pública, así como la aplicación de los recursos del Fondo de Aportaciones para la Seguridad Pública de los Estados, los cuales se destinarán exclusivamente al reclutamiento, formación, selección, evaluación y depuración de los recursos humanos vinculados con tareas de seguridad pública; al otorgamiento de percepciones extraordinarias para los agentes del ministerio público, los peritos, los policías judiciales o de sus equivalentes de las procuradurías de justicia de los Estados y el D.F., los policías preventivos o de custodia de los centros penitenciarios y de menores infractores; al equipamiento de las policías judiciales o de sus equivalentes, de los peritos, de los ministerios públicos y

de los policías preventivos o de custodia de los centros penitenciarios y de menores infractores; al establecimiento y operación de la red nacional de telecomunicaciones e informática para la seguridad pública y el servicio telefónico nacional de emergencia; a la construcción y mejoramiento o ampliación de las instalaciones para la procuración e impartición de justicia, de los centros de readaptación social y de menores infractores, así como de las instalaciones de los cuerpos de seguridad pública y sus centros de capacitación; al seguimiento y evaluación de los programas de seguridad pública; Esto con el fin de cumplir con las metas establecidas en el Programa Nacional de Seguridad Pública, con las estrategias y acciones de dicho programa.

- La Secretaría deberá aperturar una cuenta bancaria específica para recibir las transferencias de recursos calendarizada durante los diez primeros meses (ene-Oct.) del 2015, por la S.H.C.P.
- Las Dependencias ejecutoras en coordinación con el CESP, elaborarán los expedientes técnicos y lo enviarán al Sistema Nacional de Seguridad Pública para su autorización.
- El Consejo Estatal de Seguridad Pública enviará a la Secretaría e informará a las Dependencias o Entidades ejecutoras el programa de inversión autorizado en el Convenio y en el anexo técnico único por eje, programa, proyecto y acción.
- La Coordinación General del COPLADECAM emitirá los oficios de autorización.
- La Coordinación General del COPLADECAM revisará, validará y emitirá los oficios de aprobación para las Dependencias ejecutoras y enviará una copia a la Secretaría, así como una relación de los mismos documentos a la Contraloría del Estado.
- Las adquisiciones se realizarán a través de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental.
- La Dependencia o entidad ejecutora será la responsable de la captura de las solicitudes de trámite de pago en el Sistema, misma que enviará a la Secretaría para su revisión y validación, adjuntando la documentación soporte del gasto.
- La Secretaría procede al pago de acuerdo al presupuesto autorizado y a la disponibilidad de recursos.
- La documentación comprobatoria quedará resguardada en la Secretaría para su integración a la cuenta pública.

### **Fondo de Aportaciones para el Fortalecimiento de las Entidades Federativas (FAFEF)**

Los recursos del Fondo de aportaciones para el Fortalecimiento de las Entidades Federativas se destinarán:

Conforme a las disposiciones establecidas en las Fracciones I al IX del Artículo 47 de la Ley de Coordinación Fiscal

Además tienen por objeto fortalecer los presupuestos de las mismas y sus regiones que la conforman. Para este fin y con las mismas restricciones, las Entidades Federativas podrán convenir entre ellas o con el **Gobierno Federal**, la aplicación de estos recursos, los que no

podrán destinarse para erogaciones de gasto corriente o de operación, salvo en los casos previstos en la ley.

- La Secretaría deberá aperturar una cuenta exclusiva específica para los recursos radicados por la SHCP.
- La Coordinación General del COPLADECAM enviará a la Secretaría el programa de obras autorizadas por Dependencia ejecutora.
- Las Dependencias o Entidades ejecutoras integrarán sus expedientes técnicos y deberán elaborar e imprimir en el Sistema, el anexo técnico de aprobación de obras o servicios para validarlos y enviarlos a la Coordinación General del COPLADECAM.
- La Coordinación General del COPLADECAM emite los oficios de autorización y aprobación a las Dependencias o entidades ejecutoras y envía copia a la Secretaría, así como una relación a la Contraloría del Estado.
- La Dependencia ejecutora deberá capturar e imprimir en el Sistema las solicitudes de trámite de pago y lo envía a la Secretaría oficialmente, adjuntando la documentación comprobatoria para revisión y trámite de pago.
- La Secretaría procede al pago de acuerdo al presupuesto autorizado y a la disponibilidad de recursos.
- La documentación comprobatoria quedará resguardada en la Secretaría para su integración a la Cuenta Pública o por el ejecutor del gasto para su aplicación contable y revisión por la Contraloría y deberán elaborar el cierre del ejercicio de los recursos otorgados del Fondo señalando los objetivos y metas alcanzadas y enviaran a la Secretaría para su integración a la Cuenta Pública del Estado y a la Contraloría.
- La Dependencia ejecutora realizará el cierre de ejercicio físico y financiero y lo enviará a la Secretaría.

## **OTROS FONDOS FEDERALES**

### **PEMEX**

- Se firma el Acuerdo de Colaboración entre Petróleos Mexicanos y el Gobierno del Estado, del ejercicio fiscal correspondiente.
- Por cada donativo de PEMEX, se celebra un Contrato de Donación entre Petróleos Mexicanos y el Gobierno del Estado, representado por la Secretaría de Desarrollo Social y Regional, con la participación de las Secretarías de Finanzas y de la Contraloría del Estado.
- Se firma el Acuerdo de Coordinación entre el Gobierno del Estado y el Municipio de Carmen para la aplicación del anexo de ejecución, tanto de los recursos en efectivo como en especie, donados por Petróleos Mexicanos.
- La Secretaría apertura una cuenta exclusiva para los recursos radicados por la Paraestatal Petróleos Mexicanos.
- La Coordinación General del COPLADECAM enviará a la Secretaría el Programa de obras autorizados por Dependencia Ejecutora.

- Las Dependencias o Entidades Ejecutoras elaborarán los expedientes técnicos y capturan su anexo técnico en el Sistema. Los expedientes técnicos deberán obrar en su poder turnando copia a la Secretaría de Desarrollo Social y Regional.
- La Secretaría de Desarrollo Social y Regional valida los expedientes y los envía a la Coordinación General del COPLADECAM.
- La Coordinación General del COPLADECAM emite los oficios de autorización y aprobación a las Dependencias o entidades ejecutoras y envía copia a la Secretaría, a la Secretaría de Desarrollo Social y Regional y una relación a la Contraloría Estatal.
- La Dependencia ejecutora captura en el Sistema las solicitudes de trámite de pago y envía a la Secretaría de Desarrollo Social y Regional la documentación para su revisión y trámite de pago.
- La Secretaría de Desarrollo Social y Regional valida y envía a la Secretaría para pago.
- La Secretaría procede al pago de acuerdo al presupuesto autorizado y a la disponibilidad de recursos.
- La documentación comprobatoria quedará resguardada en la Secretaría para su integración a la cuenta pública, con excepción de la correspondiente a los recursos transferidos al H. Ayuntamiento de Carmen.
- La Secretaría de Desarrollo Social y Regional enviará a PEMEX en forma trimestral el informe del avance del ejercicio turnando copias a la Secretaría y a la Contraloría.
- La Dependencia Ejecutora realizará el cierre de ejercicio físico y financiero y lo enviará a la Secretaría de Desarrollo Social y Regional para su integración y envío a la Secretaría para su validación.
- La Secretaría valida el cierre de la Dependencia Ejecutora y lo devuelve a la Secretaría de Desarrollo Social y Regional debidamente requisitado.
- Una vez recabadas las firmas, la Secretaría de Desarrollo Social y Regional turna una copia a la Secretaría para su control.

### **Programas Federales y Programas con aportación Federal y Estatal (pari-passu)**

- La dependencia responsable del programa y/o convenio entregará a la Coordinación General del COPLADECAM y a la Secretaría copia del convenio debidamente formalizado.
- La Secretaría aperturará una cuenta bancaria única y exclusiva para los recursos federales o de pari-passu, del Programa o Convenio que se trate.
- La Coordinación General del COPLADECAM emitirá los oficios de Autorización y enviará copia a la Secretaría.
- Las dependencias a las cuales se les autorice recursos deberán crear la clave presupuestal a la cual se aplicará el gasto y solicitar a la Secretaría su alta en el sistema para proceder a la captura del anexo técnico y tramitar **su aprobación** ante la Coordinación General del COPLADECAM.
- La Dependencia ejecutora capturará el Anexo Técnico en el sistema de control de obras y entregará copia de los expedientes técnicos a la Coordinación General del COPLADECAM.

- La Coordinación General del COPLADECAM emitirá los oficios de aprobación a las Dependencias o entidades ejecutoras y envía copia a la Secretaría.
- La Dependencia ejecutora captura en el Sistema el ejercicio presupuestal, envía a la Secretaría con la documentación comprobatoria para su revisión y trámite de pago.
- La Secretaría procede al pago de acuerdo al presupuesto autorizado y aprobado, conforme a la disponibilidad de recursos.
- La documentación comprobatoria quedará resguardada en la Secretaría.
- La Dependencia ejecutora entregará el avance físico financiero mensual a la Secretaría, dentro de los primeros 5 días naturales de cada mes.
- Las dependencias y Municipios ejecutores deberán capturar dentro de los primeros 9 días naturales siguientes al término de cada trimestre, el informe trimestral sobre el ejercicio, destino y resultados obtenidos de los recursos autorizados y aprobados, capturados en el Formato Único Sobre Aplicación de Recursos Federales, para su validación ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- Los informes trimestrales señalados en el punto anterior, se publicarán en los órganos locales oficiales de difusión y los pondrá a disposición del público en general a través de su página electrónica de internet, dentro de los 5 días hábiles posteriores al mes de su validación por esta Secretaría, en apego a lo señalado en las Leyes de Coordinación Fiscal, y Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.
- Las Dependencias y Municipios ejecutores entregarán el cierre de ejercicio físico financiero a la Secretaría, dentro de los primeros 15 días naturales del mes de enero del año siguiente al ejercicio fiscal.

### Programas Transferidos

- Las Dependencias, Entidades y Municipios responsables de la ejecución del convenio entregarán a la Coordinación General del COPLADECAM y a la Secretaría copia del convenio debidamente formalizado.
- La Secretaría aperturará una cuenta bancaria única y exclusiva para los recursos del Convenio que se trate.
  - La Coordinación General del COPLADECAM emitirá los oficios de Autorización y enviará copia a la Secretaría.
  - Las Dependencias, Entidades y Municipios a las cuales se les autorice recursos deberán crear la clave presupuestal a la cual se aplicará el gasto y solicitar a la Secretaría su alta en el sistema para proceder a la captura del anexo técnico y tramitar **su aprobación** ante la Coordinación General del COPLADECAM.
- Las Dependencias, Entidades y Municipios ejecutores capturarán el Anexo Técnico en el sistema de control de obras y entregarán copia de los expedientes técnicos a la Coordinación General del COPLADECAM.
- La Coordinación General del COPLADECAM emitirá los oficios de aprobación a las Dependencias, Entidades y Municipios ejecutores y enviará copia a la Secretaría.

- Las Dependencias, Entidades y Municipios ejecutores capturarán en el Sistema el ejercicio presupuestal, lo enviarán a la Secretaría con la documentación comprobatoria para su revisión y trámite.
- La Secretaría procede al trámite de acuerdo al presupuesto autorizado y aprobado, conforme a la disponibilidad de recursos.
- La documentación comprobatoria quedará resguardada por el ejecutor del gasto.
- La Dependencia ejecutora entregará el avance físico financiero mensual a la Secretaría, dentro de los primeros 5 días naturales de cada mes.
- Las dependencias y Municipios ejecutores deberán capturar dentro de los primeros 9 días naturales siguientes al término de cada trimestre, el informe trimestral sobre el ejercicio, destino y resultados obtenidos de los recursos autorizados y aprobados, capturados en el Formato Único Sobre Aplicación de Recursos Federales, para su validación ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- Los informes trimestrales señalados en el punto anterior, se publicarán en los órganos locales oficiales de difusión y los pondrá a disposición del público en general a través de su página electrónica de internet, dentro de los 5 días hábiles posteriores al mes de su validación por esta Secretaría, en apego a lo señalado en las Leyes de Coordinación Fiscal, y Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.
- Las Dependencias y Municipios ejecutores entregarán el cierre de ejercicio físico financiero a la Secretaría, dentro de los primeros 15 días naturales del mes de enero del año siguiente al ejercicio fiscal.

### **Programa Estatal de Obra**

- El Presupuesto de Egresos del Estado incluye el importe destinado a cubrir la obra pública
- La Coordinación General del COPLADECAM emitirá los oficios de Autorización conforme al Presupuesto de Egresos del Estado y enviará copia a la Secretaría del Programa de obras autorizadas por Dependencia Ejecutora.
- Las dependencias a las cuales se les autorice recursos deberán crear la clave presupuestal a la cual se aplicará el gasto y solicitar a la Secretaría su alta en el sistema, para proceder a la captura del anexo técnico y tramitar su aprobación ante la Coordinación General del COPLADECAM.
- La Dependencia ejecutora capturará el Anexo Técnico de aprobación en el sistema de control de obras y entregará copia de los expedientes técnicos a la Coordinación General del COPLADECAM.
- La Coordinación General del COPLADECAM emitirá los oficios de aprobación a las Dependencias o entidades ejecutoras y envía copia a la Secretaría.
- La Dependencia ejecutora captura en el Sistema el ejercicio presupuestal, envía a la Secretaría con la documentación comprobatoria para su revisión, autorización y trámite de pago.

- La Secretaría procede al pago de acuerdo al presupuesto autorizado y a la disponibilidad de recursos.
- La documentación comprobatoria quedará resguardada en la Secretaría para su integración a la cuenta pública.
- La Dependencia ejecutora realizará el cierre de ejercicio fiscal y financiero y lo enviará a la Secretaría.
- La Dependencia ejecutora será la responsable de tramitar la liberación de los recursos en tiempo y forma.
- Los procedimientos específicos se detallan en los Anexos.

**INFORME DE RECURSOS FEDERALES RAMO-33, SUBSIDIOS, CONVENIOS DE REASIGNACIÓN O DESCENTRALIZACIÓN.**

- Conforme a lo establecido en los artículos 48 y 49 de la Ley de Coordinación Fiscal, 85 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, 68, 71, 72 y 80 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental, las Dependencias, Entidades y Municipios, deberán enviar a ésta Secretaría para su posterior envío a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público en forma trimestral, la información sobre el ejercicio y destino de los recursos federales Ramo 33, Subsidios, Convenios de Coordinación en materia de descentralización o reasignación, así como el reporte de información sobre los resultados y su evaluación.
- Para tal efecto la Secretaría de Hacienda y Crédito Público implementó el Sistema de Formato Único (SFU) para el envío de la información a través de su Portal Aplicativo (PASH), el cual cuenta con distintos componentes de acuerdo a la Guía de Criterios para el reporte del ejercicio, destino y resultados de los recursos federales transferidos:

| Componente           | Permite conocer | Información que se registra                                                                                                                |
|----------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Gestión de Proyectos | Destino         | Se registra el avance físico y financiero, así como la localización de todos los proyectos de inversión financiados con recursos federales |
| Avance Financiero    | Ejercicio       | Se registra el avance financiero de la totalidad de los programas, fondos o convenios, desagregado por partida genérica                    |
| Indicadores          | Resultados      | Se registran las metas y avances de los indicadores de los Fondos de Aportaciones Federales                                                |
| Evaluaciones         | Resultados      | Se registran las evaluaciones realizadas a programas financiados con recursos federales o a los propios programas federales                |

- Las dependencias y entidades ejecutoras, así como los municipios, capturan la información en el sistema, a más tardar dentro de los 10 días naturales posteriores al término de cada trimestre.
- La Secretaría, revisa y efectúa observaciones a la información capturada por las dependencias, entidades ejecutoras y los Municipios, **dentro de los 15 días naturales posteriores al término de cada trimestre.**
- La Secretaría consolida en el sistema la información de las Dependencias, Entidades y Municipios enviándola a más tardar el día 20 del mes siguiente al término de cada trimestre a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, mediante el propio sistema.
- La Secretaría y los Municipios dentro de los siguientes 5 días hábiles posteriores a la fecha de entrega de los informes trimestrales al Congreso de la Unión por la SHCP, ponen dicha información a disposición del público en general a través de su página de Internet y de otros medios locales de difusión en apego a lo señalado en la Ley de Coordinación Fiscal.
- La Secretaría llevará un control de la información recibida en el sistema y dará seguimiento al cumplimiento de las disposiciones establecidas.
- Será responsabilidad de la dependencia ejecutora el registro de la información en alguno o todos los componentes del Sistema de Formato Único y el hecho de registrar información en un componente, no exime de capturar los demás. Asimismo, deberá cuidarse la calidad y veracidad de la información en los términos de la normatividad del Sistema.

## 2.10. Movimientos

Una vez autorizado el Presupuesto de Egresos por el H. Congreso del Estado y conforme avanza el ejercicio fiscal, pueden presentarse condiciones imprevistas que obligan a las Dependencias a modificar los programas establecidos originalmente, ante esta situación, la Secretaría tiene previsto un procedimiento por medio del cual se puede llevar a cabo el ajuste necesario. Para ello se requiere observar algunas disposiciones, tales como:

- La Secretaría vigilará que las Dependencias en el ejercicio de su presupuesto, no adquieran compromisos que rebasen el monto del gasto que se haya autorizado y no reconocerá adeudos cuando se contravenga esta disposición.
- El Ejecutivo Estatal, podrá autorizar erogaciones adicionales para aplicarlas a proyectos de inversión de carácter social, programas y proyectos prioritarios y estrategias del Gobierno Estatal o a subsidios para beneficios comunitarios a empresas dedicadas a brindar servicios.
- El Ejecutivo del Estado, por conducto de la Secretaría podrá efectuar las reducciones en la misma proporción porcentual en la que se vean afectados los ingresos cuando se presenten contingencias, durante el ejercicio de los montos de los presupuestos aprobados a las Dependencias y Entidades. Para ello, deberán considerarse las circunstancias económica y social que prevalezcan en el Estado.

### **2.10.1. Creación de Partidas Presupuestales**

Se podrán crear una o varias partidas presupuestarias no consideradas en el Presupuesto de Egresos originalmente aprobado de la dependencia o entidad, para lo cual se requiere lo siguiente:

- Las dependencias y entidades elaborarán solicitud en el SIACAM y por oficio a la Secretaría de Finanzas a través de la Subsecretaría de Programación y Presupuesto la creación de la partida de conformidad con el Clasificador por Objeto del Gasto, debiendo justificar en forma clara y precisa la(s) causa(s) que motiva la creación. Cuando se traten de partidas centralizadas el oficio deberá incluir el Vo.Bo. del área correspondiente de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental, así como nombre y cargo de la persona que lo autoriza.
- Cuando se trate de una partida con calendario de inversión y ampliación inversión deberá incluir el Vo. Bo. del área de Programación.
- De igual manera la solicitud deberá contener todos los componentes de la clave presupuestal compuesta de 42 dígitos y cuyos programas presupuestarios, componentes y actividades ya existan en el Sistema.
- En el caso de creación y/o vinculación de programas, componentes y actividades, se deberá solicitar mediante oficio a la Subsecretaría de Programación y Presupuesto el alta de éstos en el SIACAM, acompañado de la correspondiente matriz de indicadores.

### **2.10.2. Adecuaciones Presupuestarias**

Son adecuaciones presupuestarias los traspasos de recursos y movimientos que se realizan durante el ejercicio fiscal, para modificar la estructura programática en sus dimensiones administrativa, funcional-programática y económica del presupuesto de egresos aprobado; de los calendarios de gasto de cada una de las Dependencias y Entidades; así como a las ampliaciones y reducciones líquidas al mismo, con el objeto de facilitar el logro de las metas programadas en los programas, componentes y actividades de gasto corriente e inversión a cargo de las mismas.

Las adecuaciones presupuestarias se solicitan o informan a la Subsecretaría de Programación y Presupuesto a través del Sistema anexando el formato DP-04, indicando en el mismo en forma clara y precisa las causas que originan las modificaciones y, en su caso, detallando los calendarios complementarios que modifiquen los importes mensuales autorizados originalmente.

En el área de la Subsecretaría de Programación y Presupuesto se analizarán las solicitudes de adecuaciones presupuestarias de las Dependencias y Entidades y si considera que se justifica, se autorizará la misma realizando la adecuación en el Sistema.

Para realizar la adecuación presupuestaria se respetarán las disposiciones siguientes:

- No se autorizarán adecuaciones a los calendarios de gasto que tengan por objeto anticipar la disponibilidad de recursos, salvo operaciones que cuenten con la previa autorización de la Secretaría; en consecuencia, las Dependencias deberán observar un cuidadoso registro y control de su ejercicio presupuestal, sujetándose a los compromisos reales de pago.
- No se aceptarán las transferencias del Capítulo 1000 a otros capítulos y viceversa, a excepción de los casos que cuenten con la previa autorización de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental.
- No serán aceptadas cuando sean de programas o actividades específicas hacia otros o viceversa, salvo que cuenten con la previa justificación y adecuación de metas.
- No serán aceptadas cuando sean de **Inversión a Gasto Corriente** y **viceversa**, salvo los casos que cuente con la previa autorización de la Secretaría.
- Las Dependencias realizarán el trámite mediante los siguientes documentos:
  - \* Oficio de solicitud firmado por el Titular, donde se indique las modificaciones en las metas de los programas, proyectos y actividades o en su caso si no se ven afectadas.
  - \* DP-04, debidamente requisitado.

Para efecto de las **Entidades**, y en respeto a su autonomía en cuanto a la administración de los recursos autorizados en el Presupuesto de Egresos del Gobierno del Estado de Campeche para el Ejercicio Fiscal correspondiente, se tiene un tratamiento especial ya que se les otorga su subsidio de manera mensual.

### 2.10.3. Ampliaciones y Reducciones

Las adecuaciones presupuestarias que se autoricen a las Dependencias pueden generar ampliaciones y/o adiciones y reducciones al Presupuesto de Egresos del Estado, mismas que deberán capturarse en el Formato DP-04 a través del Sistema, éstas se clasifican en:

#### Ampliaciones:

- **Líquidas.-** Son aquellas erogaciones adicionales que se derivan de contingencias o imprevistos no contempladas en el Presupuesto de Egresos del Estado y que en su caso, requieren la creación de partidas.
- **Compensadas.-** Son operaciones que si bien incrementan el techo del Presupuesto de Egresos de las Dependencias y Entidades aprobado por el H. Congreso del Estado, no alteran los resultados de balance presupuestario al compensar el gasto.

- **Virtuales.-** Son movimientos que no implican salida de recursos, ya que se utilizan generalmente para regularizar acuerdos de ministración de fondos y para cubrir operaciones entre la Administración Pública Federal, como el pago de impuestos de los Programas de Federalización.
- **Inversión.-** Son aquellas erogaciones derivadas del pago de Obras y Acciones.

#### **Reducciones:**

- **Líquidas.-** Son aquellas reducciones que se derivan de contingencias o imprevistos no contempladas en el Presupuesto de Egresos del Estado.
- **Compensadas.-** Son operaciones que si bien reducen el techo del Presupuesto de Egresos de las Dependencias y Entidades aprobado por el H. Congreso del Estado, no alteran los resultados de balance presupuestario al compensar el gasto.

Las ampliaciones líquidas se autorizan por el Ejecutivo del Estado a través de la Secretaría.

La Secretaría determinará la procedencia de las solicitudes de ampliación virtual y las compensadas.

Las afectaciones presupuestarias que modifiquen la inversión autorizada, deberán indicar claramente la justificación y causas que determinaron la adecuación.

La autorización de las adecuaciones presupuestarias se fundamentará con el análisis y evaluación del avance físico y financiero, así como con las disponibilidades con que cuenten las Dependencias y Entidades.

Asimismo deberán de cubrir los siguientes requisitos:

- Oficio de justificación firmado por el Titular.
- Justificación.
- Formato DP-04 impreso del Sistema debidamente requisitado.

**La fecha límite para recepcionar solicitudes de transferencias para pago a proveedores es el último día hábil del mes de noviembre del presente ejercicio fiscal.**

Del 1° al 15 de diciembre solamente se aceptarán comprobaciones de gastos y cancelación de fondo revolvente.

Las ampliaciones que se hayan autorizado a las Dependencias en un ejercicio fiscal, deberán ser ejercidas a más tardar el 31 de diciembre de ese mismo año y lo que no haya quedado devengado será responsabilidad del ejecutor del gasto y, en caso de proceder su trámite será con cargo a su presupuesto del siguiente ejercicio.

Las Entidades que realicen solicitudes al Capítulo 4000 como Transferencias, deberán solicitarlas de manera separada, una correspondiente a Servicios Personales y otra a Gasto Corriente.

Las claves presupuestales del Tipo de Clave de Ampliación “No Son Transferibles”, por ejemplo: si se autoriza una Ampliación para Papelería, ahí se tiene que ejercer; ya que no se puede transferir el disponible de esa clave para incrementar a otra.

### **2.11. Ahorros y Economías del Presupuesto**

Las erogaciones previstas en el presupuesto vigente, a cargo de las Dependencias y Entidades que no se encuentren devengadas, ni ejercidas al 31 de diciembre, no podrán ejercerse; tales recursos serán considerados como ahorros y economías presupuestales. En consecuencia las dependencias y entidades deberán reintegrar el importe disponible y, en su caso, los rendimientos obtenidos a la Secretaría dentro de los primeros cinco días hábiles siguientes al cierre del ejercicio.

Queda prohibido realizar erogaciones al final del ejercicio con cargo a ahorros y economías del presupuesto que tengan por objeto evitar la concentración de recursos a que se refiere el párrafo anterior.

Sólo en casos excepcionales y con la autorización de la Secretaría podrán aplicarse estos recursos a programas prioritarios de las propias Dependencias y Entidades que los generen.

Los saldos de recursos derivados de los procesos de licitación de obras y acciones, serán reprogramados por la Coordinación General del COPLADECAM para la atención de otras obras y/o acciones prioritarias, por lo tanto no podrán considerarse como ahorros o economías.

En el caso de las entidades, se considerarán los montos presupuestales devengados siempre y cuando hayan remitido a la Secretaría, informe del ejercicio de su presupuesto, del mes inmediato anterior, que por el mismo concepto se hubiere ministrado, por lo que se tendrá en consideración lo siguiente:

- Son ahorros presupuestarios los remanentes de recursos no ejercidos durante el periodo de vigencia del Presupuesto, una vez que se haya dado cumplimiento a los programas y metas establecidos, derivado del aprovechamiento eficiente de los recursos asignados.
- También son considerados ahorros presupuestarios los remanentes de recursos no ejercidos y/o liberados durante el periodo de vigencia del presupuesto, una vez que se haya cerrado el ejercicio fiscal, como una medida de racionalidad y austeridad aún en el caso que cuenten con la autorización de la Secretaría.

- Los saldos de los ahorros presupuestarios que al cierre del ejercicio no se hayan aplicado o devengado, quedarán concentrados en la Secretaría.
- Son economías presupuestales los remanentes de recursos no ejercidos y/o liberados durante el periodo de vigencia del presupuesto, derivado del incumplimiento o subejercicio de programas y metas.

Para cubrir los compromisos devengados y no pagados al 31 de diciembre de cada ejercicio se deberá cumplir con los requisitos siguientes:

- Que se tengan debidamente contabilizados como compromisos devengados al 31 de diciembre de cada ejercicio;
- Que exista disponibilidad presupuestal para el registro de los compromisos devengados con cargo al presupuesto de egresos de cada ejercicio;
- Que los bienes, servicios, contraprestaciones adquiridas o avance por trabajos ejecutados en obras públicas, registrados como compromisos devengados al 31 de diciembre de 2014 se paguen a más tardar en el ejercicio 2015.

De no cumplir con los requisitos antes señalados, dichos compromisos se cubrirán con cargo al presupuesto de egresos de 2015 aprobado por el H. Congreso del Estado.

## **2.12. Pasivo Circulante (ADEFAS)**

Constituyen el Pasivo Circulante aquellos adeudos de ejercicios fiscales anteriores (ADEFAS) que generen las Dependencias y Entidades por concepto de compromisos devengados, contabilizados y no pagados al 31 de diciembre de cada ejercicio presupuestario.

Se consideran compromisos devengados no pagados, las obligaciones de las Dependencias con proveedores, contratistas o prestadores de servicios por concepto de bienes, servicios y obra pública recibidos por la Secretaría hasta el día 14 de diciembre del ejercicio correspondiente, que estén debidamente registrados y su pago no se haya efectuado a esa fecha.

## **2.13. Gastos complementarios**

Los gastos que se realicen con motivo de los festejos de fin de año, deberán estar contemplados en su respectivo presupuesto de egresos y se sujetarán a los lineamientos que emita la Secretaría, para tal efecto.

El pago de propinas por consumos dentro del territorio nacional y en el extranjero, será hasta por un máximo del 10% del importe del consumo sin incluir el Impuesto al Valor Agregado (IVA).

Se restringen los gastos personales relativos a la compra de arreglos y coronas florales, así como gastos inherentes a inauguraciones por la instalación de oficinas, entre otros similares.

## **CAPÍTULO III**

# **NORMAS ESPECÍFICAS POR CAPÍTULO**

### III. NORMAS ESPECÍFICAS POR CAPÍTULO

Las Normas y Procedimientos contenidos en este Capítulo, deberán observarse en el ejercicio del Presupuesto de Egresos vigente, autorizado a las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, ya que tienen carácter obligatorio.

#### 3.1. Servicios Personales

La Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental, a través de la Subsecretaría de Administración y específicamente de la Dirección de Administración de Personal, estará facultada para interpretar las disposiciones de los presentes lineamientos para efectos administrativos y establecer las medidas conducentes a homogeneizar, racionalizar y ejercer un mejor control de los Recursos Humanos asignados a las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, en lo relativo a la normatividad, el cálculo y el control de la nómina, la validación de plantillas, la política laboral, los programas de incentivos y todo lo relacionado con la Administración de Personal.

Del registro del Capítulo 1000 "Servicios Personales". Con motivo de la implementación de la Armonización Contable, se pondrá a disposición de los Coordinadores Administrativos de las Entidades de la Administración Pública Estatal, la información relativa al ejercicio del gasto del Capítulo 1000 "Servicios Personales" en el portal [www.apps.campeche.gob.mx](http://www.apps.campeche.gob.mx).

Asimismo en seguimiento a las nuevas disposiciones de la reforma fiscal federal para el 2015, se les solicita a los Coordinadores Administrativos de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal coadyuvar en el estricto cumplimiento de las normas fiscales vigentes en materia del Capítulo 1000 Servicios Personales, de manera especial en la Emisión de los Recibos de Nómina en Formato Electrónico, por lo cual deben constatar que el trabajador proporcione su correo electrónico personal y verificar que el RFC y el CURP sean correctos para la recepción de este Comprobante Fiscal Digital por Internet (CFDI).

##### 3.1.1. Política de Plazas

En el ejercicio de los servicios personales, los Titulares de los Poderes, Dependencias, Entidades y Órganos Públicos Autónomos para el presente ejercicio fiscal, en lo conducente y respecto de la ejecución de sus presupuestos, deberán:

- I. En los pagos de las remuneraciones a los servidores públicos estatales, se ajustarán estrictamente a los niveles establecidos en los tabuladores de sueldos o remuneraciones autorizados por el Congreso del Estado, los que observarán el cumplimiento al artículo 127 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 121 de la Constitución Política del Estado de Campeche; en el caso específico de las Dependencias y Entidades, adicionalmente a esto que se establece, se apegarán a las normas y

- autorizaciones que emita la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental;
- II. En el caso de personal federalizado, someter a consideración de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental las propuestas de contrataciones y movimientos de personal que se pretendan realizar para la autorización correspondiente;
  - III. Abstenerse de contratar trabajadores temporales con recursos estatales, salvo que tales contrataciones se encuentren previstas en el presupuesto correspondiente a Servicios Personales del propio Poder, Órgano, Dependencia o Entidad y, en caso de las dos últimas de las nombradas se cuente con la autorización previa y expresa de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental; en el caso del personal que rescinda el contrato, no podrán realizarse sustituciones en estas contrataciones;
  - IV. Sujetarse a las normas que se expidan para el desempeño de comisiones oficiales de conformidad con el Manual de Procedimientos para el trámite de Viáticos y Pasajes para las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal vigente o, en su caso, del Manual que en la materia expidan en su ámbito de competencia los Poderes u Órganos Públicos Autónomos;
- 
- IV. No realizar traspaso de recursos de otros capítulos presupuestales al Capítulo 1000 de Servicios Personales o viceversa. Los recursos del Capítulo 1000 son intransferibles; excepto cuando exista autorización de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental y validación por la Secretaría de Finanzas.
  - V. Respetar los recursos, el número y categoría de las plazas autorizadas en el Presupuesto de Egresos para el presente ejercicio fiscal.
  - VI. No se autorizarán labores en tiempo extraordinario, excepto en los casos en que por la naturaleza de la función se requiera prolongar la jornada por causas plenamente justificadas; su aprobación dependerá de la disponibilidad presupuestaria correspondiente y de las políticas que, en materia de recursos humanos, establezca la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental. Para su pago deberán contar con la autorización previa de esa Secretaría, a solicitud del Titular de la Dependencia o Entidad. En el caso que se necesite laborar en jornadas extraordinarias con periodicidad, los Titulares de las Dependencias y Entidades deberán proponer a la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental, la reorganización de sus cargas de trabajo en el horario requerido a efecto de lograr mayor eficiencia en las funciones que realicen. El pago de las mismas se realizará ajustándose a lo establecido en la Ley de los Trabajadores al Servicio del Gobierno del Estado de Campeche. Quienes tengan a su cargo la realización de los servicios de seguridad pública, procuración de justicia, bomberos, vialidad, salud, servicios de emergencia, funcionamiento y vigilancia de los centros de readaptación e internamiento de menores infractores y las unidades encargadas de servicios públicos que deban ser brindados de manera ininterrumpida a la población, proveerán todo lo necesario para dar continuidad a los servicios públicos a su cargo; en el caso de los Poderes u Órganos Constitucionales Autónomos deberán aplicar por analogía esta

disposición en lo que les sea aplicable y a través de sus unidades administrativas a quienes competa.

Las plazas vacantes al 31 de diciembre 2014 quedan canceladas. Por tanto las contrataciones en el 2015 serán exclusivamente solo en caso de áreas sustantivas en sectores estratégicos; salud, educación, seguridad pública y procuración de justicia.

Todas las contrataciones que afecten las partidas de servicios personales o que generen una relación laboral entre cualquier persona física y la Administración Pública del Estado, independientemente del origen del recurso, deberán ser autorizadas por la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental.

En general, por lo que se refiere a servicios personales, las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, sólo podrán efectuar el pago de remuneraciones cuando sean autorizadas por la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental y se encuentren previstas en sus respectivos presupuestos.

Para efecto de elaborar el Presupuesto de Egresos, anualmente las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal deberán acceder al sistema de Anteproyecto de Nómina durante el mes de septiembre, para actualizar la plantilla de plazas ocupadas, así como su distribución por estructura programática para su revisión y aprobación, en el sitio [www.apps.campeche.gob.mx](http://www.apps.campeche.gob.mx)

### **3.1.2. Contratación**

Con fundamento en el artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública y artículo 17 del Reglamento Interior de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental de la Administración Pública del Estado de Campeche, el proceso de reclutamiento y selección de personal que requieran las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, se realizará a través de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental, por conducto de la Dirección de Administración de Personal, previa "Solicitud de Autorización de Movimiento de Personal, DAP-01 (Anexo 21), autorización de la misma propuesta y envío del formato "Movimientos de Personal", DAP-03 (Anexo 24) con cada uno de los documentos requeridos.

#### **3.1.2.1. Bolsa de Trabajo**

En materia de reclutamiento y selección de personal, la Dirección de Administración de Personal cuenta con una bolsa de trabajo interna, registrándose en ella los recursos humanos potencialmente aptos para ingresar al Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado. Las Dependencias y Entidades del Ejecutivo Estatal, en caso de necesitar personal para cubrir plazas vacantes, de base o confianza, de carácter definitivo o temporal, generadas por licencias u otras incidencias que se

presenten, deberán solicitarle los recursos humanos necesarios para cubrirlas, a fin de localizar dentro de la bolsa de trabajo, al personal que cumpla con el perfil requerido para el puesto, siempre y cuando, no se cuente internamente con el personal para cubrir el movimiento.

Para ingresar a la bolsa de trabajo los (as) interesados (as) deberán de presentarse y entregar a la Dirección de Administración de Personal, la siguiente documentación:

1. Solicitud de Empleo (Anexo 22);
2. Una fotografía reciente de frente tamaño infantil;
3. Copia del acta de nacimiento;
4. Copia de la credencial de elector;
5. Copia de la Clave Única de Registro de Población (CURP);
6. Copia de la Cartilla del Servicio Militar Nacional liberada;
7. Copia del comprobante domiciliario catastral;
8. Copia de comprobante de estudios actual;
9. Curriculum Vitae para profesionistas; y
10. Copia de dos cartas de recomendación (del último trabajo o de dos personas que no sean familiares) actuales.

Lo anterior, será necesario para integrar su expediente en la bolsa de trabajo, con la finalidad de llevar a cabo las acciones de reclutamiento y selección de personal, dando prioridad a los recursos humanos que hayan sido canalizados a través de las instancias de gestoría del C. Gobernador Constitucional del Estado, mismos que se actualizan conforme al cambio sexenal de la Gestión Gubernamental.

### **3.1.3. Propuesta de Movimiento (Alta, Promoción, Cambio de Adscripción)**

Los Coordinadores Administrativos deberán enviar a la Dirección de Administración de Personal la "Solicitud de Autorización de Movimiento de Personal" DAP-01 (Anexo 21) cuando se trate de una sola propuesta o DAP-01 A (Anexo 21 A) si es el caso de más de un movimiento propuesto, para trámite de autorización de contratación, promoción o cambio de adscripción por parte del Titular del Poder Ejecutivo. La Dirección de Administración de Personal les comunicará la autorización correspondiente para el envío de la solicitud de "Movimientos de Personal" DAP-03 (Anexo 24) y "Movimientos de Personal de Educación" DAP-03 A (Anexo 24 A), según sea el caso, conforme al "Calendario de Fechas Límites 2015" DAP-02 (Anexo 23) para la incorporación del personal a su plantilla o la asignación en las nuevas funciones.

Todos los movimientos de personal autorizados que afecten el proceso de nómina, deberán remitirse a la Dirección de Administración de Personal, a través del formato "Movimientos de Personal", DAP-03 (Anexo 24) y "Movimientos de Personal de Educación" DAP-

03 A (Anexo 24 A), según sea el caso, en original y dos copias, con base en el presupuesto autorizado. Imprescindible requisitar todos los campos. Asimismo, en el reverso del formato deberán requisitar completamente los datos personales del empleado y su firma.

**ALTA DEFINITIVA:**

La ocupación de una Plaza vacante;

**ALTAS TEMPORALES:**

- a) Interino, para ocupar puestos vacantes hasta por seis meses;
- b) Contrato, para obra o tiempo determinado, cuyos efectos cesan al concluir el programa o la obra que motivó su expedición.

La entrega de los movimientos de personal deberá realizarse en la ventanilla de recepción correspondiente en la Dirección de Administración de Personal.

Los movimientos del personal adscrito al sector de educación estatal se deberán informar a través del formato "Movimientos de Personal de Educación", DAP-03 A (Anexo 24 A). Cumpliendo con los mismos requisitos, señalando el número de afiliación del ISSSTE, en lugar del IMSS.

Los Movimientos de Personal se recibirán en la fecha establecida en el "Calendario de Fechas Límites 2015" DAP-02 (Anexo 23).

**3.1.3.1. Altas**

Las Altas serán efectivas hasta que la Dirección de Administración de Personal les informe, pudiendo ser de carácter definitivo o temporal, por lo tanto, si una Dependencia o Entidad no cuenta con la autorización correspondiente no podrá iniciar la relación laboral. La Dependencia o Entidad que incorpore a trabajadores sin autorización de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental, será responsable de esa contratación por el tiempo no autorizado. Por lo anterior, no se realizarán pagos con carácter retroactivo que ocasionarían multas y recargos ante las Instituciones de Seguridad Social.

**3.1.3.1.1. Plaza vacante.**

Una vez requisitado el formato "Solicitud de Autorización de Movimiento de Personal, DAP-01 (Anexo 21) y que la Dirección de Administración de Personal le informe de la autorización, se deberá enviar el formato de "Movimientos de Personal", DAP-03 (Anexo 24) o "Movimientos de Personal de Educación" DAP-03 A (Anexo 24 A) firmado por el trabajador según sea el caso, en el cual se deberá agregar el correo electrónico personal, de conformidad a las nuevas disposiciones fiscales, en original y dos copias, incluyendo la siguiente documentación:

1. Original y copia legible de Cédula Única de Identificación de Personal, formato DAP-05 (Anexo 25);
2. Dos copias legibles de la Clave Única de Registro de Población (CURP);
3. Dos copias legibles del alta del Registro Federal de Contribuyentes (R.F.C.) ante la S.H.C.P.
4. Dos copias legibles de la asignación del Número de Seguridad Social expedido por el IMSS o ISSSTE en su caso.
5. Original y copia de la Carta de Autorización para Pago de Nómina Vía Tarjeta de Débito, formato DAP-06 (Anexo 28);
6. 2 copias legibles de la credencial de Elector INE (Instituto Nacional Electoral o del IFE);
7. Original y tres copias legibles de la "Póliza de Seguro de Vida" (Anexo 29);
8. Cuatro fotografías recientes tamaño infantil;
9. Original y copia legible del Acta de Nacimiento en el formato actual;
10. Original de la Constancia de no inhabilitación para el empleo expedida por la Secretaría de la Contraloría;
11. Original del Certificado de salud;
12. Copia legible de la última constancia de estudios;
13. Original o copia legible del Curriculum Vitae;
14. Copia legible de la Cartilla del Servicio Militar Nacional Liberada;
15. Original de la Carta Compromiso de Compatibilidad de Empleo DAP-07 (Anexo 30);
16. Original y copia de Aviso de Acreditación ante el INFONAVIT DAP-08 (Anexo 31) o aviso para retención de descuento si es previo candidato acreditado ante INFONAVIT;
17. Dos copias legibles de Comprobante domiciliario catastral.
18. Constancia de aprobación de la Evaluación de Control de Confianza aplicable a las Dependencias y Organismos del Sector de Seguridad Pública y Procuración de Justicia.

El formato debidamente requisitado y firmado por el trabajador y los anexos se recibirán completos surtiendo efecto conforme al "Calendario de Fechas Límites 2015" DAP-02 (Anexo 23).

#### **3.1.3.1.2. Promoción o cambio de adscripción.**

Una vez que la Dirección de Administración de Personal le informe que ha sido autorizado, todo cambio de categoría o adscripción del trabajador mediante promoción, deberá remitirse a la Dirección de Administración de Personal, a través del formato "Movimientos de Personal" DAP-03 (Anexo 24) o "Movimientos de Personal de Educación" DAP-03 A (Anexo 24 A), en original y dos copias firmadas por el trabajador.

#### **3.1.3.1.3. Altas Temporales (Suplencia)**

Cambia a formato donde se listen todos por quincena.

Todo movimiento de alta temporal se tramitará a través del formato "Solicitud de Pagos Pendientes" DAP-09 (Anexo 32), indicando en el campo de concepto el nombre y datos de

la(s) persona(s) que se va(n) a suplir, los días y motivo que origina el (los) movimientos(s) de la(s) plaza(s) a suplir. Dicha solicitud se deberá llenar por el trabajador suplente amparando en forma quincenal los días que laboró como suplente. Es importante señalar que este tipo de contratación de eventuales será exclusivamente cuando la Dirección de Administración de Personal informe de la autorización y solo en caso de áreas sustantivas en sectores estratégicos como salud y educación.

Requisitos para suplencias:

1. Original y copia legible de Cédula Única de Identificación de Personal, formato DAP-05 (Anexo 25) proporcionada por la DAP;
2. Original y copia legible del Acta de Nacimiento formato actual;
3. Copia legible de la última Constancia de Estudios;
4. Original o copia legible del Curriculum Vitae;
5. Copia legible de la Cartilla del Servicio Militar Nacional Liberada;
6. Original del Certificado de Salud;
7. Original de la Constancia de no inhabilitación para el empleo expedida por la Secretaría de la Contraloría;
8. Dos Copias de la Clave Única del Registro de Población (CURP).
9. Dos Copias del alta del R.F.C. ante la S.H.C.P.
10. Original de la Carta Compromiso de Compatibilidad de Empleo.
11. Dos Fotografías tamaño infantil.
12. Copia legible del comprobante domiciliario catastral.
13. Copia legible de la credencial de Elector INE (Instituto Nacional Electoral o del IFE);

En el caso de contrataciones temporales de 6 meses o más, es necesario realizar el trámite conforme a lo estipulado en el numeral 3.1.3.

Los movimientos de personal de alta recibidos por la Dirección de Administración de Personal en fechas posteriores a las establecidas en el "Calendario de Fechas Límites 2015" DAP-02 (Anexo 23), surtirán efecto a partir de la quincena inmediata posterior a su recepción. Es importante mencionar que no se operarán pagos retroactivos para evitar la presentación extemporánea de avisos ante el IMSS/ISSSTE/INFONAVIT, lo que ocasionaría multas y recargos.

### **3.1.3.2. Bajas**

Todas las solicitudes de bajas que afecten el proceso de nómina deberán remitirse a la Dirección de Administración de Personal a través del formato "Movimientos de Personal" DAP-03 (Anexo 24) o "Movimientos de Personal de Educación" DAP-03 A (Anexo 24 A), según sea el caso, en original y tres copias, anexando el documento que exponga el motivo.

Las causas de baja sin responsabilidad para la dependencia o entidad, están contempladas en el artículo 48 de la Ley de los Trabajadores al Servicio del Gobierno del Estado de Campeche y son por:

- Renuncia del trabajador;
- Cese motivado por el trabajador;
- Fallecimiento del trabajador;
- Incapacidad Permanente; Física o Mental, que impida al trabajador desempeñar sus labores y
- Dictamen de Pensión o Jubilación.

Todos los movimientos de baja del personal, deberán acompañarse del documento motivo de la baja con el sustento jurídico correspondiente y presentarse dentro de los 3 días hábiles siguientes a la fecha de su ocurrencia; en el caso de la presentación de avisos extemporáneos de bajas, los Coordinadores deberán reintegrar a la Secretaría de Finanzas, mediante cheque de caja, la cantidad de dinero que resulte del cálculo que, por concepto de erogaciones extraordinarias, haya originado la misma. Simultáneamente, se dará aviso a la Contraloría para el fincamiento de las responsabilidades que resulten, aplicándose las sanciones que señale la Ley Reglamentaria del Capítulo XVII de la Constitución Política del Estado de Campeche.

### **3.1.3.2.1 Suspensión Temporal**

Las Dependencias, Entidades o el Órgano Interno de Control del Ejecutivo Estatal según corresponda, mediante el siguiente Procedimiento Administrativo Disciplinario, podrá suspender temporalmente al Servidor Público de su empleo, cargo o comisión, conforme a lo establecido en el artículo 69 fracción VII y 70 de la Ley Reglamentaria del Capítulo XVII de la Constitución Política del Estado de Campeche, por lo que el Coordinador Administrativo deberá enviar a la Dirección de Administración de Personal, mediante el formato Movimientos de Personal DAP -03 (Anexo 24) o Movimientos de Personal de Educación DAP-03-A (Anexo 24 A), según sea el caso en original y 3 copias, anexando la documentación comprobatoria que exponga el motivo de dicha suspensión temporal.

La Suspensión Temporal de la relación laboral no implica el cese del trabajador. De acuerdo al artículo 52 de la Ley de los Trabajadores al Servicio del Gobierno del Estado de Campeche, la relación laboral podrá suspenderse temporalmente cuando el trabajador contraiga enfermedad contagiosa; sufra incapacidad temporal por accidente o enfermedad que no constituya Riesgo de Trabajo; que quede sujeto a prisión preventiva; sea arrestado por la Autoridad Judicial o Administrativa o apareciere irregularidad en la gestión del trabajador encargado del manejo de fondos, valores o bienes bajo su cuidado. Esta suspensión, último párrafo, podrá ser hasta de 60 días máximo mientras se practica la investigación correspondiente.

### **3.1.3.2.2. Jubilación o Pensión**

Todas las solicitudes de Pensión o Jubilación de los servidores públicos deberán llevarse a cabo bajo los lineamientos establecidos en la Ley del ISSSTECAM vigente. La Dirección de Administración de Personal tramitará ante el ISSSTECAM las solicitudes de Pensión o Jubilación a través del formato "Solicitud de Pensión y Jubilación", DAP-10 (Anexo 33) en original y dos copias, llevando la firma del Titular de la Dependencia o Entidad respectiva. La documentación que se anexará será la siguiente:

1. Original y copia del Acta de nacimiento del trabajador;
2. Original y copia del Acta de matrimonio, defunción o divorcio (según sea el estado de su cónyuge);
3. Original y copias de las Actas de nacimiento de los dependientes económicos;
4. Originales y copias de los Talones de pago de las 2 últimas quincenas;
5. Original y copia del primer nombramiento;
6. Dos copias de la C.U.R.P.;
7. Dos copias de la credencial de elector por ambos lados;
8. Dos copias del R.F.C. actual;
9. Cinco fotografías recientes tamaño infantil;
10. Constancia de servicios actualizada expedida por la Dirección de Administración de Personal; y
11. Acta de defunción original del trabajador (en caso de pensión por viudez y los documentos anteriores serán del solicitante beneficiario)
12. Proporcionar una cuenta de correo electrónico.

Las pensiones, una vez dictaminadas por el ISSSTECAM se operarán en la nómina hasta el momento en que la Dirección de Administración de Personal reciba el dictamen emitido, de conformidad con las disposiciones que rigen al ISSSTECAM; mientras tanto, el personal deberá seguir laborando normalmente.

Los trámites de pensiones y jubilaciones ante el IMSS del personal que tenga derecho de acuerdo al convenio de incorporación voluntaria, deberá realizarlo el servidor público interesado, de manera personal y directa ante dicho Instituto, cumpliendo con los requisitos y la documentación correspondiente que establece la Ley de la materia.

#### **Requisitos mínimos ante el IMSS:**

- a)** 60 años de edad y 500 semanas cotizadas para las personas que ingresaron durante la vigencia de la Ley de 1973, que se derogó el 30 de junio de 1997.
- b)** 60 años de edad y 1,250 semanas cotizadas, las personas que ingresaron al IMSS a partir de la nueva Ley que entró en vigor el 01 de julio de 1997.

#### **3.1.3.3. Licencias**

El personal podrá gozar de dos tipos de licencias: Con goce y Sin goce de sueldo.

### **3.1.3.3.1. Licencias con goce de sueldo**

Serán las amparadas por incapacidades médicas expedidas por el IMSS o el ISSSTE, en cualquiera de las siguientes ramas: Enfermedad General, Maternidad y Riesgo de Trabajo. Y las contempladas por permisos económicos conforme al artículo 48 de las Condiciones Generales de Trabajo.

#### **3.1.3.3.1.1. Enfermedad General o Maternidad**

Para la suplencia de Incapacidad por Maternidad el Coordinador deberá remitir la incapacidad mediante una relación, a más tardar en los cinco días a la fecha de expedición de la misma, a la Dirección de Administración de Personal mediante el formato "Movimientos de Personal" DAP-03 (Anexo 24) o "Movimientos de Personal de Educación" DAP-03 A (Anexo 24 A) según sea el caso, señalando el periodo y clave del motivo de la incapacidad, cuando éstas sean mayores a periodos de 28 días o más de conformidad con el numeral 3.1.3.1.3. de este manual.

Las madres trabajadoras que se encuentren en el periodo de lactancia tendrán derecho a dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno para amamantar a su hijo, durante un periodo de seis meses a partir de la fecha que se incorpore a sus labores; puede convenirse que el tiempo de lactancia, se otorgue como descanso de una hora al inicio o al término de la jornada. Para gozar de este derecho las madres trabajadoras al servicio de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal deberán presentar por escrito su "Solicitud para Periodo de Lactancia", formato DAP-11 (Anexo 34) y cumplir así, con lo establecido en el último párrafo del artículo 43 de las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Campeche. Asimismo, los Coordinadores deberán enviar a la Dirección de Administración de Personal la relación de madres trabajadoras que estén disfrutando este derecho laboral.

Todos los movimientos relacionados con Enfermedad General y Maternidad, incluyendo madres trabajadoras que gozan de periodo de lactancia deberán acompañarse del documento respectivo con el sustento jurídico correspondiente y presentarse dentro de los 3 días hábiles siguientes a la fecha de su ocurrencia; en el caso de la presentación de avisos extemporáneos de estos movimientos, los Coordinadores deberán reintegrar a la Secretaría de Finanzas, mediante cheque de caja, la cantidad de dinero que resulte del cálculo que por concepto de erogaciones, recargos o multas extraordinarias haya originado la misma. Simultáneamente de ser necesario, se dará aviso a la Contraloría para el fincamiento de las responsabilidades que resulten, aplicándose las sanciones que señale la Ley Reglamentaria del Capítulo XVII de la Constitución Política del Estado de Campeche.

En el caso de las constancias de incapacidad médica no expedidas por el IMSS, serán tramitadas por el mismo trabajador en los tres días siguientes ante la Unidad Médica Familiar

de su adscripción, a efecto de obtener la incapacidad del IMSS, que es la única Institución autorizada para expedirla. Es importante señalar que si vence este plazo de tres días, el trabajador tendrá que tramitar esta incapacidad ante el Consejo Consultivo del IMSS.

#### **3.1.3.3.1.2. Permiso por Paternidad**

Los Trabajadores del sexo masculino, tendrán derecho a un permiso por paternidad con goce de sueldo por cinco días naturales, contados a partir del nacimiento del hijo, con objeto de atender las necesidades de su cónyuge o concubina después del parto. Para hacer uso de este derecho se deberá presentar el comprobante de alumbramiento o nacimiento

#### **3.1.3.3.1.3. Riesgo de Trabajo**

Al ocurrir un riesgo de trabajo o accidente de trabajo, el trabajador accidentado deberá dar aviso a su jefe directo de lo ocurrido, pudiendo hacerlo con un compañero, familiar u otra persona que tenga conocimiento de los hechos, dentro de las 24 hrs de ocurrido el accidente, a su vez debe de notificar a la Coordinación Administrativa de su dependencia de inmediato, con el formato "Aviso de Atención Médica Inicial y Calificación de Probable Riesgo de Trabajo" ST-7 (Anexo 35) expedido por el IMSS debidamente requisitado con la descripción detallada, posteriormente la Dependencia envía el formato ST-7 (Anexo 35) a la Dirección de Administración de Personal con la Tarjeta Informativa anexa con la descripción de quien recibió los antecedentes, para firma del Titular y a efecto de seguimiento para el cumplimiento de la presentación de la declaración anual. Una vez finalizada la atención médica el IMSS expedirá un ST-2 "Dictamen de Alta por Riesgo de Trabajo" (anexo 36) o en su caso un ST-3 "Dictamen de Incapacidad Permanente o Defunción por Riesgo de Trabajo" (Anexo 37), de igual forma en cada caso deberán entregarse a su Dependencia para su envío a la Dirección de Administración de Personal y determinar la prima anual de su siniestralidad que corresponde al Gobierno del Estado.

#### **3.1.3.3.1.4. Dictamen de Invalidez.**

Cuando exista invalidez en caso de enfermedad general, en términos de la Ley del Seguro Social y sus reglamentos, sea esta temporal o definitiva, el Coordinador turnará copia del formato "Dictamen de Invalidez" ST-4 (Anexo 38), a la Dirección de Administración de Personal. Será responsabilidad exclusiva del Coordinador Administrativo reintegrar la cantidad que por concepto de sueldo sea cobrado por el trabajador que tenga un dictamen de invalidez en razón de la ausencia no notificada a su centro de trabajo.

#### **3.1.3.3.2. Licencias sin Goce de Sueldo**

Podrán ser para el desempeño de cargos de elección popular, cuando sean promocionados temporalmente al ejercicio de otras comisiones en Entidad Pública diferente a la de su

plaza y por razones de índole personal hasta 30 días acumulables por cada año de servicio, sin pasar un máximo de 6 meses en el período de un año.

Las licencias deberán reportarse en el formato "Movimientos de Personal" DAP-03 (Anexo 24) o "Movimientos de Personal de Educación" DAP-03 A (Anexo 24 A) según sea el caso, indicando el periodo y el documento que exponga el motivo; asimismo, con base al artículo 47 de las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Campeche, deberán satisfacerse los requisitos siguientes:

- Que sean solicitadas cuando menos con 10 días de anticipación a la fecha en que se pretenda su inicio.
- Que el solicitante cuente con la autorización de su Jefe Inmediato Superior y del Titular de la Dependencia o Entidad de su adscripción; y
- Estas licencias se concederán o se negarán en un término no mayor de 8 días hábiles contados a partir del día siguiente en que se haga la solicitud en el formato "Movimientos de Personal" DAP-03 (Anexo 24) o "Movimientos de Personal de Educación" DAP-03 A (Anexo 24 A) según sea el caso.

Todas las solicitudes de licencias con goce o sin goce de sueldo deberán acompañarse del documento respectivo que ampare esta autorización y con el sustento jurídico correspondiente, debiéndose presentar ante la Dirección de Administración de Personal dentro de los 3 días hábiles siguientes a la fecha de su autorización; en el caso de la presentación de avisos extemporáneos de estos movimientos, los Coordinadores deberán reintegrar a la Secretaría de Finanzas, mediante cheque de caja, la cantidad de dinero que resulte del cálculo que por concepto de erogaciones, recargos o multas extraordinarias haya originado la misma. Simultáneamente de ser necesario, se dará aviso a la Contraloría para el fincamiento de las responsabilidades que resulten, aplicándose las sanciones que señale la Ley Reglamentaria del Capítulo XVII de la Constitución Política del Estado de Campeche.

Al finalizar el periodo de la licencia sin goce de sueldo, el Coordinador deberá enviar a la Dirección de Administración de Personal el oficio de reanudación de labores, para efecto de que se reactiven todas las prestaciones de Ley.

### **3.1.3.3.3. Guarderías**

Esta prestación será proporcionada a través del IMSS e ISSSTECAM o a la que éste determine, a todo el personal que cumpla con los requisitos que su propia normatividad establezca.

### **3.1.4. Incidencias del Personal**

#### **3.1.4.1. Retardos y Faltas Injustificadas**

Las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal a través de los Coordinadores, deberán observar las disposiciones aplicables en materia de retardos del personal, de conformidad con los artículos 29 y 30 fracción III de las Condiciones Generales de Trabajo y artículos 17, 18, 19 y 20 del Reglamento de Asistencia, Puntualidad y Permanencia en el Trabajo de los Trabajadores de Base al Servicio del Gobierno del Estado de Campeche; además, se consideran faltas injustificadas las señaladas en el artículo 29 fracción IV y 30 fracción I y II de las Condiciones señaladas y deberán enviar la documentación correspondiente a la Dirección de Administración de Personal dentro de los periodos establecidos en el "Calendario de Fechas Límites 2015" DAP-02 (Anexo 23).

Será responsabilidad de los Coordinadores Administrativos remitir los retardos, faltas y justificaciones en un plazo no mayor de 3 días hábiles en que se susciten las incidencias, por lo que no será responsabilidad de la Dirección de Administración de Personal de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental, la aplicación de dicha incidencia después de ese periodo.

Las Dependencias y Entidades podrán realizar el control de esta incidencia a través del sistema Finger In Out; para tal efecto, se ajustarán a los lineamientos que expida la Dirección de Administración de Personal.

#### **3.1.4.2. Actas Administrativas**

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley de los Trabajadores al Servicio del Gobierno del Estado de Campeche y el artículo 96 de las Condiciones Generales de Trabajo, se aplicarán sanciones a los trabajadores que no cumplan con las obligaciones contenidas en el artículo 37 o cometan cualquiera de los actos prohibidos que señala el artículo 38 de las Condiciones citadas.

Dichas sanciones se ajustarán a lo establecido en el artículo 90 de las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Campeche; cuando se violen las Condiciones antes señaladas, el Coordinador de la Dependencia levantará acta en original y tres copias, en la que se señalarán las causas que le dieron origen y deberá ser firmada por el Titular, el Coordinador y 2 testigos de asistencia.

El acta administrativa será enviada:

- Original.- Dirección de Administración de Personal.
- Copia.- Sindicato o Representante Sindical.
- Copia.- Trabajador.

Copia.- Dependencia Ejecutora.

El procedimiento administrativo se efectuará conforme al modelo estipulado en el Manual de Actas Administrativas en Materia Laboral de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental. Los Coordinadores serán los directamente responsables de la omisión del levantamiento de las Actas Administrativas relacionadas con las incidencias de personal anteriormente citadas.

### **3.1.4.3. Descuentos**

Los Coordinadores deberán reportar a través del sitio internet a más tardar en la quincena siguiente, todos los descuentos derivados de procedimientos administrativos, por faltas injustificadas, retardos acumulados y sanciones económicas del personal, evitando la acumulación en quincenas posteriores.

Los descuentos de los trabajadores del Poder Ejecutivo serán reportados a la Dirección de Administración de Personal mediante el formato "Movimientos de Personal" DAP-03 (Anexo 24) o "Movimientos de Personal de Educación" DAP-03 A (Anexo 24 A), o a través del sistema Finger In Out, señalando la causa que lo origina, según sea el caso.

Los Coordinadores, deberán aplicar la sanción correspondiente de acuerdo al artículo 37 y 38 del Reglamento de Asistencia, Puntualidad y Permanencia en el Trabajo de los Trabajadores de Base al Servicio del Gobierno del Estado de Campeche, cuando se cumpla el supuesto establecido en el numeral 3.1.4.1.

La acumulación de 6 amonestaciones por escrito dará lugar a la suspensión de sueldos y funciones hasta 8 días máximo.

Cuando la Dirección de Administración de Personal reciba órdenes judiciales para la aplicación de descuentos por Pensión Alimenticia, éstos serán aplicados a los servidores públicos de acuerdo a lo ordenado por el Juez, así como la expedición del cheque, el cual será por la cantidad descontada al otorgante. En los casos en que la orden judicial se reciba a través de alguna de las Dependencias o Entidades, los Coordinadores devolverán al juzgado señalando que no son las autoridades responsables del pago de la nómina.

Cuando las órdenes judiciales no consignen la fecha en que deberá iniciarse el descuento, la Dirección de Administración de Personal la operará a partir de la quincena inmediata a su recepción.

Los servidores públicos que voluntariamente contraten seguros u obtengan créditos con quienes el Poder Ejecutivo celebró convenios de colaboración, deberán llenar invariablemente la carta individual de los interesados expedida por la compañía que corresponda,

autorizando al Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Campeche, por conducto de la Dirección de Administración de Personal de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental, para poder efectuar los descuentos vía nómina (ejemplos: Asegurador Metlife de México, Peninsular de Seguros, S. A. de C. V. o Aseguradora Génesis). La Dirección de Administración de Personal pondrá a disposición de la empresa de que se trate, las cantidades retenidas a los servidores públicos.

Los servidores públicos tendrán derecho a la devolución correspondiente por descuentos o retenciones improcedentes que, ocasionados por errores administrativos, se les hubiere efectuado, sancionándose a los responsables según sea procedente.

### **3.1.5. Días de Descanso Obligatorio y Vacaciones**

#### **3.1.5.1. Días no laborables**

Se consideran como días de suspensión de labores, los señalados en el Calendario Oficial de Labores de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal 2015, publicado en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado con vigencia para el ejercicio fiscal 2015, de conformidad con lo establecido en el artículo 41 de las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Campeche y los que autorice el titular del Ejecutivo Estatal por fechas conmemorativas o fiestas tradicionales en el Estado, mismos que serán notificados a las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, a través de la Dirección de Administración de Personal.

#### **3.1.5.2. Vacaciones**

Los trabajadores que tengan más de 6 meses consecutivos de servicio, disfrutarán de dos periodos de vacaciones anuales de 10 días hábiles cada uno. Se anexa "Primer Período Vacacional 2015" (Anexo 39); para efectos de todo lo anterior, se observará lo dispuesto en el artículo 31 de la Ley de los Trabajadores al Servicio del Gobierno del Estado de Campeche y deberán observar estrictamente lo dispuesto en el Protocolo Electoral la Legislación vigente en materia Político Electoral, con la finalidad de evitar posibles actos y acciones que impliquen responsabilidades de los Servidores Públicos.

Para el registro y control de las vacaciones del Personal, las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, deberán de informar a la Dirección de Administración de Personal, a través del formato de "Movimientos de Personal" DAP-03 (Anexo 24) o "Movimientos de Personal de Educación" DAP-03 A (Anexo 24 A) según sea el caso, con 5 días de anticipación, el periodo correspondiente que gozará cada trabajador, elaborado en forma individual con los datos de cada empleado y su firma de conocimiento.

### 3.1.6. Remuneraciones

Todas las remuneraciones que se asignen a los trabajadores de las Dependencias de la Administración Pública Centralizada deberán apegarse estrictamente a los niveles establecidos en los tabuladores de sueldos y demás asignaciones autorizadas en la Ley de Presupuesto de Egresos para el Ejercicio Fiscal 2015 y, en el caso de las Entidades de la Administración Pública Paraestatal, a los acuerdos de sus respectivos órganos de Gobierno, con observancia a las normas que establece esa Ley.

En el pago de remuneraciones por concepto de servicios personales no deberán considerarse el otorgamiento de viáticos comprobados, pasajes, gastos de representación, alimentación de personas, material didáctico y otros conceptos análogos.

En general, por lo que se refiere a servicios personales, las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, sólo podrán efectuar el pago de remuneraciones cuando sean autorizadas por la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental y que se encuentren previstas en su respectivo presupuesto.

#### 3.1.6.1. Pago de Nómina Vía Tarjeta de Débito

La Secretaría, a través de la Dirección de Administración de Personal, tendrá a su cargo quincenalmente la emisión y distribución de nóminas, así como el pago de la misma, a través del sistema de Pago de Nómina Vía Tarjeta de Débito, requisitando el trabajador el formato "Carta de Autorización para Pago de Nómina Vía Tarjeta de Débito" DAP-06 (Anexo 28) Anexando copia de la credencial de elector.

Las nóminas se distribuirán a los pagadores habilitados a través de los mecanismos de seguridad más adecuados, por tanto, los Titulares de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, deberán notificar la ratificación y/o sustitución de los pagadores habilitados, en los primeros 15 días del mes de enero **de cada ejercicio fiscal**, o cuando ocurra algún cambio, mediante oficio, debiendo contener los siguientes datos generales del pagador habilitado:

- Nombre completo;
- Adscripción; puesto actual;
- Fotografía reciente;
- Número de empleado; y
- Firma autógrafa autorizada.

Por lo anterior, queda bajo la responsabilidad de los pagadores habilitados, la estricta y adecuada entrega de cheques y la recopilación de la firma del servidor público o en su caso la del apoderado en la nómina correspondiente, comprometiéndose a reintegrar mediante oficio a la Dirección de Administración de Personal, las nóminas debidamente fir-

madras acompañadas de las cartas poder, si se hubieren entregado cheques a apoderados designados por los servidores públicos imposibilitados para recibir su cheque y de los cheques no cobrados debidamente cancelados, en un periodo no mayor a la fecha establecida en el calendario respectivo Formato DAP-02 (Anexo 23) "Calendario de Fechas Límites 2015.

Los pagos quincenales bajo el sistema de tarjeta de débito, los realizará directamente la Dirección de Administración de Personal, depositándole a cada uno de los servidores públicos, el sueldo correspondiente en función de la nómina autorizada, el día establecido en las fechas de pago conforme al "Calendario de Fechas Límites 2015" DAP-02 (Anexo 23).

Los Coordinadores serán los responsables de recopilar las firmas del Servidor Público de las nóminas de pago bajo el sistema de tarjeta de débito, las que deberán remitirse a la Dirección de Administración de Personal debidamente firmadas de acuerdo al "Calendario de Fechas Límites 2015" DAP-02 (Anexo 23).

Para los casos en que las tarjetas de pago electrónico fueran extraviadas o cambiadas, el interesado deberá reportarlas inmediatamente al banco correspondiente para su cancelación y reposición de la misma, al mismo tiempo deberá notificar a la Dirección de Administración de Personal para el conocimiento del nuevo número de tarjeta para su activación en nómina, mediante el formato "Aviso de Cambio de Número de Tarjeta" DAP-12 (Anexo 40).

En los casos en que se llegara a depositar en alguna de las cuentas de los servidores públicos bajo el sistema de pago vía tarjeta electrónica, una cantidad distinta a la de la nómina autorizada y el pago sea mayor, el beneficiario deberá reintegrarlo en un plazo no mayor a un mes, cuando se trate de un pago menor, la Dirección de Administración de Personal le reintegrará la diferencia correspondiente en el mismo plazo.

Los Coordinadores deberán reportar inmediatamente a la Dirección de Administración de Personal las bajas o cambios de los servidores públicos de las Dependencias y Entidades, para que oportunamente puedan cancelarse en el sistema, las cuentas de pago electrónico de dichos servidores públicos y evitar así los abonos improcedentes.

Con relación a lo anterior, los Coordinadores serán los responsables directos de los depósitos efectuados incorrectamente a los servidores públicos que causaron baja o cambio, si no hubieran reportado dichos movimientos oportunamente, siendo su responsabilidad los pagos efectuados indebidamente, procediendo entonces a la devolución a la Secretaría de Finanzas del pago no correspondiente.

No procederán las solicitudes para expedir cheque en vez de depósito, sin la debida justificación del Área que solicita y autorización por escrito de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental.

En caso de que el interesado se encuentre imposibilitado para recibir el cheque por el pago de su quincena y/o aguinaldo, podrá designar a otra persona mediante carta poder, debiendo el apoderado portar una identificación al momento de su cobro.

El apoderado deberá identificarse ante el pagador habilitado, entregando dos tantos de la carta poder en originales, anotando en la nómina que el cobro es "Por Poder" (P.P.). La carta poder deberá reunir los siguientes requisitos:

- Firma del poderdante;
- Firma del apoderado;
- Firma de 2 testigos con su domicilio comprobado;
- Visto bueno (Vo.Bo.) del Coordinador Administrativo; y
- La carta poder tendrá validez máxima de dos meses.
- Copias fotostáticas de las credenciales de elector de los que intervienen.

La carta poder se invalida en el momento de que el Servidor Público firme la nómina; en caso necesario podrá extender otra carta poder. El pagador habilitado será responsable de verificar la autenticidad de las firmas e identificaciones.

En el caso que se detecte el cobro de un cheque por una persona distinta al Servidor Público, sin contar la primera con carta poder, se procederá contra el o los responsables, Penal, Civil y/o Administrativamente según proceda.

Los cheques emitidos por concepto de servicios personales recibidos por el Servidor Público y que sean objeto de robo o extravío, deberán ser reportados a la Dirección de Administración de Personal a la mayor brevedad posible, a efecto de notificarlo a la institución bancaria correspondiente y evitar su cobro, sin que esto implique responsabilidad alguna para la Dirección.

Únicamente se estará en posibilidad de expedir otro cheque, en caso de que el banco notifique que el cheque haya sido inhabilitado por su sistema y que ya no podrá ser cobrado.

En caso de deterioro, se procederá a la reexpedición del cheque siempre que el mismo talón permita su debida identificación. Por extravío negligente por parte del Servidor Público, no procederá la reexpedición del cheque.

Todo cobro extemporáneo será realizado en las oficinas de la Dirección de Administración de Personal, en el área de trabajo responsable.

Es responsabilidad de los Coordinadores y del personal que se encuentre habilitado como pagador, estar informado sobre las reformas fiscales para el cálculo de impuestos y de otros conceptos que afectan el salario de los empleados, con objeto de poder aclarar cualquier duda que al respecto, tenga el trabajador.

### **3.1.6.2. Pago a las Entidades de la Administración Pública Paraestatal.**

Los Coordinadores de las diversas Entidades de la Administración Pública Paraestatal que emiten y pagan directamente su nómina, deberán enviar con 8 días hábiles de anticipación a la Dirección de Administración de Personal, copia de la pre nómina correspondiente, para su autorización y posterior trámite de pago a través de la Subsecretaría de Egresos. Este trámite se realizará en forma quincenal. De igual manera, los Coordinadores deberán enviar mediante diskette a la Dirección de Administración de Personal, la información relacionada con sus plazas y nóminas, con el objeto de controlar y actualizar oportunamente las bases de datos respectivas.

### **3.1.6.3. Reporte de Pagos Pendientes**

Los pagos por conceptos diferentes a sueldo, tales como quinquenios y estímulos serán reportados a la Dirección de Administración de Personal a través del formato de "Solicitud de Pagos Pendientes", DAP-09 (Anexo 32); y los pagos de suplencias serán reportados a través del formato de "Solicitud de Pagos por Suplencias", DAP-09 A (Anexo 32 A); detallando claramente la cantidad y el concepto del pago.

No se autorizarán las labores en tiempo extraordinario, excepto en los casos que, por la naturaleza de las funciones, se requiera prolongar la jornada con causas plenamente justificadas, ajustándose a lo dispuesto en el artículo 25 de la Ley de los Trabajadores al Servicio del Gobierno del Estado de Campeche; por lo cual, no se pagarán las jornadas extraordinarias que excedan de 3 horas diarias ni de tres veces en una semana, salvo los servicios públicos o labores de interés general prioritario que se registrarán por horarios especiales y en los cuales su autorización corresponderá a la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental, dependiendo de la disponibilidad presupuestaria en la partida de gasto corriente.

Por consiguiente, para dar cumplimiento al pago de tiempo extraordinario, estipulado en el artículo 22 de las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Campeche, los Coordinadores Administrativos, deberán tramitar el llenado del formato de "Autorización para Laborar Horas Extraordinarias" DAP-13 (Anexo 41), el formato de "Reporte de Horas Extras" DAP-14 (Anexo 42), el formato "Solicitud de Pagos Horas Extras" DAP-15 (Anexo 43), en donde serán descritas en su totalidad las actividades extraordinarias desarrolladas durante el tiempo que se pretenda solicitar como tiempo extra y distintas a las desempeñadas en el horario normal de trabajo, por lo tanto las justificaciones a dichas actividades extraordinarias no serán una repetición de las actividades desarrolladas sino que se concretarán de manera breve y precisa a señalar las razones por las cuales se llevaron a cabo. El trámite se realizará al mes siguiente, esto significa que no se realizará trámite de pago de meses anteriores, siendo responsabilidad de los Coordinadores Administrativos éste incumplimiento.

#### **3.1.6.4. Pago por Honorarios**

Queda prohibido contratar personal por honorarios para desempeñar funciones iguales o equivalentes a las del personal de plaza presupuestal, los pagos por este servicio serán exclusivamente por trabajos no permanentes sino por tiempo determinado que serán regidos por las normas civiles y no laborales y con un fin específico.

Todos los contratos por honorarios deben ser autorizados por la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental con independencia de la suficiencia presupuestal.

#### **3.1.6.5. Pago de Prima Quinquenal**

Los servidores públicos tendrán derecho a percibir por cada 5 años de servicios prestados hasta llegar a 25 años, una prima como complemento a su salario de conformidad a lo establecido en la fracción III del artículo 36 BIS de las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Campeche.

Para efecto de cómputo de la antigüedad en el servicio público, no se tomarán en cuenta los periodos de las licencias sin goce de sueldo de cualquier naturaleza, así como las de faltas injustificadas, suspensión de sueldos y funciones por sanciones administrativas.

Los Coordinadores serán los responsables de solicitar a través del formato "Solicitud de Pagos Pendientes" DAP-09 (Anexo 32) para que la Dirección de Administración de Personal realice el pago oportuno y correcto por este concepto.

#### **3.1.6.6. Otros Estímulos y Pagos**

Será responsabilidad de los Coordinadores Administrativos de la Administración Pública Estatal, proporcionar y validar correctamente los listados del personal que se soliciten o se envíen a la Dirección de Administración de Personal de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental, para el pago de diversos Estímulos Extraordinarios, procurando enviar dichos listados en tiempo y forma dentro del mismo mes de pago, ya que los listados enviados fuera del plazo tendrán que ser cubiertos con sus propios recursos.

#### **3.1.7. Corrección de Errores en los Datos de la Nómina**

Con el objeto de corregir los errores observados en la nómina, las Dependencias y Entidades del Ejecutivo Estatal, a través de sus Coordinadores, deberán reportar quincenalmente

la "Solicitud de Corrección de Datos en Nómina" DAP-16 (Anexo 44), con la información correcta, anexando la documentación comprobatoria.

Cuando ocurra un cambio de Clave de Puesto o un cambio de una Unidad a otra en la misma Dependencia, los Coordinadores Administrativos deberán requisitar el formato "Solicitud de Corrección de Datos en Nómina" DAP-16 (Anexo 44), con la firma del trabajador.

### **3.1.8. Transferencias Presupuestales**

#### **3.1.8.1. Transferencias**

Cuando por necesidades del servicio, se requiera transferir una plaza de una unidad presupuestal a otra, o se trate de movimientos compensatorios de las mismas, se utilizará la Solicitud DP-04, mismo que deberá ser autorizado por la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental a través de la Dirección de Administración de Personal.

Si la transferencia al Capítulo 1000 "Servicios Personales" proviene de un Capítulo distinto, ésta deberá ser autorizada previamente por la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental.

#### **3.1.9 Expedición de Credenciales de Identificación**

Los motivos por los cuales se expedirán credenciales a los servidores públicos de las dependencias son:

- Inicio de Administración;
- Promoción, transferencia o permuta;
- Robo o extravío; y
- Deterioro.

Por tal motivo los Coordinadores Administrativos deberán solicitarla por medio de oficio, a la Dirección de Administración de Personal adjuntando 2 fotografías tamaño infantil a color del trabajador que solicite la credencial.

Las Coordinaciones Administrativas se coordinarán con la Dirección de Administración de Personal para su expedición.

### **3.1.9.1 Expedición de Constancias**

La Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental, por conducto de la Dirección de Administración de Personal, expedirá constancia de trabajo solicitada por los servidores públicos adscritos a las Dependencias, a los tres días hábiles de la solicitud, previa requisición del formato "Solicitud de Expedición de Constancias" DAP-17 (Anexo 45).

En el caso de las Entidades, será el Coordinador Administrativo quien las expedirá, conforme a las atribuciones conferidas en su Reglamento, posteriormente remitirá una copia al expediente de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental.

### **3.1.9.2 Actualización de Expedientes**

A efecto de mantener actualizados los datos contenidos en el expediente personal de cada servidor público, los Coordinadores Administrativos actualizarán los mismos a través del formato respectivo, mismo que se remitirá a la Dirección de Administración de Personal durante el mes de marzo de cada ejercicio fiscal, a través del formato "Actualización de Cédula de Datos" DAP-21 (Anexo 50).

### **3.1.9.3 Control de Asistencia, Puntualidad y Permanencia en el Trabajo**

Es responsabilidad de los Coordinadores de cada Dependencia o Entidad, aplicar los controles relativos a la Asistencia, Puntualidad y Permanencia establecidos, en el Reglamento de Asistencia, Puntualidad y Permanencia en el Trabajo de los trabajadores de base al Servicio del Gobierno del Estado de Campeche.

Respecto a la permanencia en el trabajo, la Dirección de Administración de Personal podrá realizar supervisiones periódicas en el ámbito de su competencia; respecto a este último punto los Jefes Inmediatos, deberán llenar el "Pase de Salida", formato DAP-18 (Anexo 46), adecuándolo a las necesidades institucionales.

## **3.1.10. Prestaciones Socioeconómicas**

### **3.1.10.1 Préstamos INFONACOT**

Los servidores públicos de base y de confianza tendrán acceso al sistema de crédito INFONACOT si reúnen los siguientes requisitos:

1. Requisar la Solicitud de Crédito INFONACOT;
2. Original del último talón de pago;
3. Identificación Oficial vigente con fotografía;
4. Contar con un mínimo de 18 años;
5. Un año de antigüedad en el empleo;
6. No tener créditos pendientes de pago que excedan el 30% del total de su percepción mensual; y
7. Comprobante domiciliario catastral.
8. Autorización de Capacidad de Pago.

### **Prestamos Financieros**

1. Último talón de pago;
2. Que no excedan del 30% del total de la percepción mensual;
3. Autorización de Capacidad de Pago.

La Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental a través de la Dirección de Administración de Personal, realizará las deducciones de la nómina de los servidores públicos, por concepto de créditos otorgados por el Instituto del Fondo de Fomento y Garantía para el Consumo de los Trabajadores (INFONACOT).

#### **3.1.10.2. Préstamos por Vivienda**

La Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental a través de la Dirección de Administración de Personal, será la responsable de efectuar las deducciones a los servidores públicos, vía nómina, de los créditos por concepto de vivienda.

La Dirección de Administración de Personal remitirá los comprobantes de pago por préstamo de vivienda al centro de trabajo de los servidores públicos que tienen adeudo conforme se lo entreguen los entes crediticios. El Coordinador hará la entrega de los comprobantes de pago correspondiente a cada servidor público.

Los servidores públicos tendrán derecho a créditos para vivienda de acuerdo a lo establecido en la Ley de la materia, sin que el descuento mensual exceda del 30% del total de la percepción mensual de conformidad con el Artículo 40 de la Ley de los Trabajadores al Servicio del Gobierno del Estado de Campeche.

#### **3.1.10.3. Préstamos ISSSTECAM**

La Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental a través de la Dirección de Administración de Personal, efectuará quincenalmente las deducciones en el sueldo del

servidor público de base o confianza y pensionados, por créditos otorgados por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, así mismo efectuará mensualmente el pago a dicha Institución.

Los servidores públicos tendrán derecho a préstamos a partir de que cumplan un año de cotización, después de su inscripción en el ISSSTECAM "Forma de Alta (ISSSTECAM)" (Anexo 47), sin que éste exceda del 30% del total de su percepción mensual.

El ISSSTECAM concederá a los servidores públicos y a los jubilados préstamos a corto plazo, especiales e hipotecarios de conformidad con lo establecido en su propia Ley.

#### **3.1.10.4. INFONAVIT**

El Gobierno del Estado se incorporó voluntariamente al INFONAVIT, realizando una aportación patronal a ese Instituto de Vivienda a favor de los servidores públicos de la Administración Pública Estatal.

Por lo cual, los Servidores Públicos que realicen el trámite de crédito de vivienda ante el INFONAVIT, deberán acudir a la Dirección de Administración de Personal y presentar el Aviso para Retención de Descuento para certificar que el descuento no exceda del 30% conforme a la ley de la materia.

Los Coordinadores Administrativos no deben recibir los Avisos para Retención de Descuento, toda vez que esta Dirección, conforme a las facultades otorgadas, es el área encargada de dar acuse de dichos avisos y efectuar el descuento vía nómina a los servidores públicos.

#### **3.1.11. Seguros de Vida**

El Gobierno del Estado a través del ISSSTECAM, contratará un seguro de vida para todos los servidores públicos de base y de confianza que ocupen plaza presupuestal cuya suma asegurada en favor de sus beneficiarios será la que marque la ley.

Por lo que a través de los Coordinadores Administrativos deberán remitir los formatos de Seguros de Vida actualizados para su trámite ante el ISSSTECAM.

Voluntariamente, los servidores públicos podrán contratar un seguro de vida individual adicional, ya sea con la misma Compañía aseguradora contratada, o con alguna otra que a través de un convenio con la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental, ofrezca los mismos servicios.

### **3.1.12. Compatibilidad de Empleos**

De conformidad con la Ley Reglamentaria del Capítulo XVII de la Constitución Política del Estado de Campeche, la compatibilidad se da en dos o más empleos siempre que se trate de Dependencias y Entidades del Ejecutivo Estatal distintas, se desempeñen efectivamente las funciones en turnos diferentes o en horarios y jornadas de labores fijadas para la prestación del servicio, que no interfieran entre sí y se cumplan los requisitos y perfiles de los puestos a desempeñar.

Será responsabilidad de los Coordinadores Administrativos, que el personal de nuevo ingreso del Poder Ejecutivo con cargo al Presupuesto de Egresos, soliciten al trabajador una "Carta Compromiso de Compatibilidad de Empleo" proporcionado por la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental, DAP-07 (Anexo 30); así como la regularización y actualización de los datos que sirvieron de base para su otorgamiento como son: cambio de domicilio, horario, promociones, etc; igualmente, el trabajador deberá requisitar la "Cédula Única de Identificación de Personal", formato DAP-05 (Anexo 25).

Existirá incompatibilidad de empleos, cargos o comisiones:

- a) Entre dos puestos de confianza;
- b) Entre un puesto de confianza y uno de base;
- c) Cuando los horarios y jornadas de labores fijadas interfieran entre sí;
- d) Cuando un servidor público desempeñe dos o más cargos públicos remunerados que no pueda desarrollar imparcialmente, porque la fiel atención de uno implique conflicto con otro.
- e) Cuando un servidor público debe desarrollar, a la vez, dos o más cargos o empleos remunerados en lugares geográficamente distintos, de tal manera que sea imposible atender uno sin descuidar los otros.

### **3.1.13. Presentación de Declaración Patrimonial**

La Ley Reglamentaria del Capítulo XVII de la Constitución Política del Estado de Campeche, obliga a presentar ante la Contraloría, declaración de situación patrimonial en los términos y plazos señalados en la misma y bajo protesta de decir verdad, a todos los servidores públicos desde el nivel de Jefes de Departamento hasta el Gobernador del Estado, así como aquellos que manejen, recauden o administren fondos y recursos estatales, independientemente de su nivel de puesto.

Es intención del Gobierno del Estado, contribuir al cumplimiento por parte de los servidores públicos de dicha obligación, para lo anterior, el Coordinador de la Dependencia o Entidad entregará al servidor público obligado, un aviso-notificación que deberá firmar de enterado, el cual se integrará al expediente personal del mismo.

### **3.1.14. De los Estímulos y Reconocimientos al Personal.**

#### **3.1.14.1. De los Estímulos**

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 81, 82 y 84 de las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Campeche, con objeto de reconocer el desempeño honesto, eficiente y oportuno, así como los servicios relevantes del trabajador en el desarrollo de sus funciones, el Gobierno otorgará a sus trabajadores sobresalientes los siguientes estímulos:

- I. Notas de mérito;
- II. Incentivo en Efectivo;
- III. Reconocimiento como Empleado Distinguido y a la Perseverancia y Lealtad en el servicio; y
- IV. Otros incentivos, estímulos, prestaciones y beneficios que determine el Gobierno.

#### **Puntualidad y Asistencia**

Se otorgará estímulos por puntualidad y asistencia al trabajador en los términos establecidos en el Reglamento de Puntualidad, Asistencia y Permanencia en el Trabajo de los Trabajadores de Base al Servicio del Gobierno del Estado. Para tal efecto los Coordinadores deberán informar a la Dirección de Administración de Personal, los nombres de los servidores públicos que se han hecho acreedores a este estímulo económico mediante el "Reporte de Personal con Derecho a Estímulo por Puntualidad y Asistencia", formato DAP-19 (Anexo 48) dentro de los días establecidos en el Calendario de Fechas Límites 2015 (Formato DAP-02, Anexo 23).

Los Coordinadores Administrativos son responsables del envío oportuno de este formato por lo que la Dirección de Administración de Personal no recibirá trámites de meses anteriores.

#### **Superación Académica**

Con la finalidad de incentivar el desarrollo profesional de los servidores públicos administrativos, operativos, de servicios y mandos medios de la nómina del tabulador general, se otorga un estímulo por superación académica, el cual consiste en un monto representativo para los trabajadores que concluyen sus estudios oficiales de primaria, secundaria, preparatoria y licenciatura. Además, de un apoyo para promover la profesionalización a quienes se titulen en su licenciatura a través de maestría. Para lo anterior, los Coordinadores Ad-

administrativos requisitarán el formato "Solicitud de Estímulo por Superación Académica" DAP-20 (Anexo 49). Este estímulo será otorgado en base a la tabla siguiente:

| <b>NIVEL ACADÉMICO</b>  | <b>IMPORTE ASIGNADO</b> |
|-------------------------|-------------------------|
| Primaria y Secundaria   | \$1,200.00              |
| Preparatoria            | \$ 1,300.00             |
| Licenciatura Titulado   | \$ 1,900.00             |
| Titulación por Maestría | \$ 2,500.00             |

Además, al personal que se certifique en competencia laboral se le reembolsará el importe del pago del proceso de evaluación y certificación.

### **3.1.14.2. De los Reconocimientos**

Con objeto de honrar y premiar a los servidores públicos que se destaquen anualmente en el desempeño de las funciones encomendadas, el Gobierno del Estado estableció el cuarto lunes del mes de abril de cada año, la celebración del "Día del Empleado Estatal", fecha en la que se otorgan estímulos y reconocimientos al personal distinguido y a los servidores públicos por la perseverancia y lealtad en los servicios prestados al Gobierno.

#### **Del Empleado Estatal Distinguido**

Por lo anterior, las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal deberán remitir a la Dirección de Administración de Personal, en la fecha establecida en el Calendario de la Comisión Mixta de Productividad del Poder Ejecutivo, la "Minuta de la Reunión de Trabajo para Evaluar y Determinar al Empleado Distinguido" del año próximo pasado de los Empleados Distinguidos de base y de confianza de los niveles 9 al 10 conforme al Instructivo para la Selección y el Otorgamiento de Estímulos Anuales a Empleados Estatales Distinguidos de base o confianza, respectivamente.

Es preciso señalar que es responsabilidad de los Coordinadores Administrativos de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, la ejecución y control de este proceso de selección del empleado estatal; por lo que:

1. Deberán asistir a la plática informativa para el desarrollo del proceso de selección de empleados distinguidos.
2. Para proceder a la evaluación del personal de nuevo ingreso en las Dependencias o Entidades del Gobierno del Estado, será necesario que dicho personal haya laborado al servicio del Poder Ejecutivo durante todo el año que se evalúa.

- En el caso de los servidores públicos reubicados o reasignados, la evaluación se realizará en su nueva área de adscripción, enviando previamente el Coordinador Administrativo del área de adscripción anterior, la información debidamente firmada con los datos de control de asistencia, puntualidad y permanencia en el trabajo del trabajador, para estar en posibilidad de ser evaluado en los tiempos establecidos en el calendario de la Comisión Mixta de Productividad del Poder Ejecutivo.

### **De la Perseverancia y Lealtad en el Servicio Público**

Como reconocimiento a los servidores públicos por la perseverancia y lealtad en los servicios prestados al Gobierno del Estado, éste los estimulará y premiará conforme a lo siguiente:

| <b>AÑOS DE SERVICIOS</b>    | <b>ESTÍMULO</b>                                                          |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <b>10</b> años de servicio. | Diploma y 100 salarios mínimos diarios del área geográfica "B".          |
| <b>15</b> años de servicio. | Diploma y 160 salarios mínimos diarios del área geográfica "B".          |
| <b>20</b> años de servicio. | Diploma y 260 salarios mínimos diarios del área geográfica "B".          |
| <b>25</b> años de servicio. | Diploma y 360 salarios mínimos diarios del área geográfica "B".          |
| <b>30</b> años de servicio. | Diploma, medalla y 460 salarios mínimos diarios del área geográfica "B". |
| <b>35</b> años de servicio. | Diploma y 560 salarios mínimos diarios del área geográfica "B".          |

Cabe mencionar, que la expedición de este Reconocimiento tiene como fundamento legal el Capítulo XV de las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Campeche y consecuentemente no genera ni reconoce derechos y/o obligaciones previstas y reguladas por otras disposiciones legales aplicables en materia laboral; en particular las relacionadas con jubilaciones o pensiones reguladas por la Ley de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Campeche (ISSSTECAM). Es oportuno informar que durante el mes de febrero se entregará a los Coordinadores Administrativos el Listado de Perseverancia y Lealtad preliminar. Aquellos trabajadores que se consideren acreedores y no aparezcan en el listado deberán requisitar el formato DAP-22 "Solicitud de Verificación de Antigüedad en el Servicio Público" (Anexo 51), mismo que por

conducto de los Coordinadores Administrativos serán gestionados ante la Dirección de Administración de Personal.

### 3.1.15. Nombramientos

Corresponde a la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental, la expedición y tramitación de nombramientos de los servidores públicos de las Dependencias de la Administración Pública Estatal Centralizada, de conformidad con la facultad que le confiere el artículo 39 fracción VIII de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Campeche, a excepción hecha de los titulares de las Dependencias a que se refiere el artículo 10 de la Ley citada.

Corresponde a los Directores, Coordinadores o equivalentes según sus reglamentos interiores, la expedición de nombramientos de los servidores públicos de las Entidades.

## 3.2. Materiales y Suministros

Las adquisiciones de las partidas contenidas en **el Capítulo 2000 Materiales y Suministros**, se deberán solicitar ante la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental, quedando sujeta su autorización a las disposiciones de racionalidad, austeridad y disciplina presupuestal establecidos en el Presupuesto de Egresos del Estado vigente, a las previsiones presupuestales y en su caso, a la importancia de los proyectos a realizar.

Asimismo, los Coordinadores Administrativos de las dependencias y entidades serán los responsables de prever un stock de existencia a efecto de tener reservas suficientes para la continuidad de su operación normal.

Las Dependencias y Entidades deberán formular sus solicitudes de manera trimestral en el formato DRMyCP 13 (Anexo 64) "Requisición de Materiales y Suministros" (formato localizado en la aplicación Web AppCompras, misma que se encuentra alojada en el sitio <http://www.apps.campeche.gob.mx>), dentro de los primeros 10 días de cada trimestre, por objeto de gasto y de acuerdo al calendario autorizado, señalando las especificaciones suficientes, claras y precisas de los bienes a adquirir y, en los casos que se requiera, anejar una muestra y la enviarán por escrito firmado por el titular de la dependencia o entidad solicitante a la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental.

Tratándose de bienes comprendidos en las partidas centralizadas 2111 Materiales, Útiles y Equipos Menores de Oficina, 2141 Materiales, útiles, equipos y bienes informáticos para el procesamiento en tecnologías de la información y comunicaciones, 2161 Material de Limpieza, 2171 Materiales y Útiles de Enseñanza, la solicitud deberá capturarse en la aplicación Web AppCompras, misma que se encuentra alojada en el sitio <http://www.apps.campeche.gob.mx> y enviarse electrónicamente a la Dirección de Recur-

los Materiales y Control Patrimonial. Independientemente de lo anterior, para su trámite, la requisición capturada en el citado sistema deberá imprimirse y enviarse a la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental conforme a lo señalado en el párrafo que antecede.

La Dirección de Recursos Materiales y Control Patrimonial de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental, solo atenderá las solicitudes de adquisición de bienes del capítulo 2000 que se realicen en la forma señalada en los párrafos que preceden.

**Las partidas centralizadas son irreductibles, por lo que no se podrán realizar transferencias, sin la autorización de la Secretaría y de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental.**

Las dependencias o entidades serán responsables de:

1.- Revisar la orden de compra, Formato DRMyCP-06 (anexo 57) que le sea remitida por la Dirección de Recursos Materiales y Control Patrimonial, verificando que se ajuste a su solicitud de aprovechamiento, así como entregar el documento con oportunidad al proveedor seleccionado, para evitar variación en precios, recabando en el acto, en una copia del documento: fecha, nombre y firma del proveedor o su representante legal y sello de la empresa. El original de esta constancia deberá ser remitido por la Dependencia o Entidad a la Dirección de Recursos Materiales y Control Patrimonial, en el plazo de dos días contados a partir de su recepción por el proveedor.

En caso de que la orden de compra o servicio no se ajuste a lo requerido o presente anomalías, la dependencia o entidad receptora de la misma deberá comunicar tal situación a la Dirección de Recursos Materiales y Control Patrimonial para los efectos que procedan, en un término no mayor a 5 días hábiles contados a partir de su recepción.

2.- Recibir los bienes o servicios adquiridos y verificar que se entreguen por los proveedores en las cantidades, características, especificaciones, tiempos de entrega y demás condiciones y términos establecidos en los pedidos.

Las dependencias y entidades darán aviso a la Dirección de Recursos Materiales y Control Patrimonial de la recepción de los bienes adquiridos, mediante oficio en el que señalen: folio de la requisición de que se trate, número de la orden de compra o contrato y fecha de recepción de los bienes. El proveedor deberá expedir un recibo en hoja membretada, donde conste además de la descripción de los bienes muebles recibidos y servicios, las series y marcas, modelos, el nombre y la firma del servidor público autorizado para recepcionarlos que coincidirá con lo facturado y deberá indefectiblemente acompañar al documento de la factura.

Las adquisiciones por los conceptos 2100 "Materiales de Administración, Emisión de Documentos y Artículos Oficiales" y 2400 "Materiales y Artículos de Construcción y de Reparación", deberán estar acordes a las necesidades reales del personal adscrito, a los espacios físicos de los edificios y a las instalaciones con las que se cuente.

La adquisición de materias primas, material fotográfico, revelado, impresiones, videocasetes, cintas de grabación, rollos y otros similares, sólo serán autorizados a aquellas Dependencias y Entidades cuyas funciones estén relacionadas con la producción, siempre que los gastos estén considerados en su presupuesto autorizado.

La compra por refacciones, accesorios y herramientas menores deberá realizarse sólo para vehículos propiedad del Gobierno del Estado que tengan asignados las Dependencias, por tal motivo no se autorizará el pago de refacciones a otro tipo de vehículos.

Los proveedores y prestadores de servicios deberán estar inscritos en el Padrón de Proveedores de la Administración Pública Estatal. Para dicho trámite será necesario el llenado de los siguientes formatos:

- a)** Trámite de Solicitud del Registro al Padrón de Proveedores de la Administración Pública Estatal, formato DRMyCP-01 (Anexo 52).
- b)** Padrón de Proveedores de la Administración Pública Estatal (Datos Generales), formato DRMyCP-02 (Anexo 53).
- c)** Padrón de Proveedores de la Administración Pública Estatal (Proveedor Estatal), formato DRMyCP-03 (Anexo 54).

Una vez reunidos los requisitos antes mencionados, se expedirá la "Cédula de Registro en el Padrón de Proveedores de la Administración Pública Estatal", formato DRMyCP-05 (Anexo 56), previo pago de los derechos correspondientes. Para tal efecto solicitará la "Orden de Pago", formato DRMyCP-04 (Anexo 55) en la Dirección de Recursos Materiales y Control Patrimonial.

Para mantener la inscripción vigente en el Padrón de Proveedores de la Administración Pública Estatal, los proveedores deberán refrendar a partir del mes de mayo de cada ejercicio fiscal.

Las dependencias y entidades deberán remitir a la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental, durante el mes de septiembre del 2015, sus programas anuales de adquisiciones para el ejercicio fiscal 2016 los cuales se podrán incorporar en la aplicación Web AppCompras, misma que se encuentra alojada en el sitio <http://www.apps.campeche.gob.mx>

## **Suministros**

Las solicitudes de suministros se ajustarán, en lo conducente, a las disposiciones señaladas en los párrafos que preceden.

## **Inventario de Bienes Muebles**

Todos los bienes muebles que hayan sido donados al Gobierno del Estado o adquiridos con recursos del mismo o de la federación y que estén al servicio de las Dependencias de la Administración Pública Estatal, se registrarán en el Sistema Integral de Inventarios de Bienes Muebles, que la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental tiene disponible como una aplicación WEB "AppMuebles" en la URL <http://www.apps.campeche.gob.mx/appmuebles>

Será obligación del titular de la Unidad Administrativa de cada Dependencia u Organismo, enviar el documento que acredite la propiedad y de manera inmediata a la recepción del (os) bien (es) a satisfacción debiendo adjuntar la siguiente documentación:

- Tratándose de recursos ejercidos directamente por la dependencia, deberá enviar el original del documento que acredite la propiedad a favor del Estado de Campeche; tratándose de adquisiciones que se realicen a través de la Dirección de Recursos Materiales y Control Patrimonial podrán enviar copia del mismo. Tratándose de facturas, remitir los archivos digitales (pdf y xml).
- El documento que acredite la propiedad a favor del Estado de Campeche deberá contener la descripción completa del bien, además de: marca, modelo, serie (si aplica), valor, número de cilindros (si aplica) y tiempo de la licencia (tratándose de software); éstos últimos datos podrán también estar contenidos en un anexo complementario al documento que acredite la propiedad a favor del Estado de Campeche, mismo que deberá hacer referencia clara del documento del cual se origina.  
Cuando los bienes adquiridos requieran de otros para su funcionamiento de manera integral, se deberán adjuntar el desglose de los mismos (cada uno con la descripción referida en el párrafo anterior) atendiendo a las clasificaciones contenidas en el Catálogo de Bienes Inventariables disponible en AppMuebles.
- Recibo firmado en el que consten la recepción de conformidad de los bienes.
- Tratándose de adquisiciones que sean diferentes a una compra, deberá indicar la procedencia de la adquisición adjuntando todos los documentos y recursos afectados.
- Para el caso de recursos federales, además deberá notificar el nombre del programa o fondo respectivo, copia del convenio y contra recibo mediante el cual la Secretaría realiza el depósito del recurso a comprobar;

- Adjuntar copia del ejercicio presupuestal, en el que las partidas de los bienes adquiridos correspondan y estén detalladas a lo que se señala en la descripción de los bienes del Catálogo de Bienes Inventariables (disponible en AppMuebles) que ya se encuentra homologado con el Clasificador por Objeto de Gasto;
- Nombre y número de empleado del personal, relacionados por cada uno de los bienes que tendrán en resguardo, además de la oficina donde se ubicará el bien.

La Dirección de Recursos Materiales y Control Patrimonial, elaborará el formato "Solicitud de Alta", DRMyCP-10 (Anexo 61) dentro de los primeros 5 días hábiles contados a partir de la fecha en que haya tenido lugar la notificación, teniendo para su elaboración las siguientes consideraciones:

- La solicitud de alta, la emitirá la Subdirección de Control Patrimonial y será aplicada de manera inmediata a los inventarios de la Dependencia u Organismo que hubiera recibido los bienes, siendo notificada de manera inmediata mediante aviso de alta que será remitido a través del módulo WEB de la aplicación AppMuebles, en tanto se remite de manera oficial el formato para su correspondiente validación;
- Si el resguardo de los bienes no pudiera ser asignado a la persona autorizada para la recepción de los mismos, éste se asignará en la solicitud de alta, al Titular de la Unidad Administrativa, si no hubiera la indicación oportuna por parte de la Dependencia para la designación del(os) resguardante(s) del(os) bien(es) mueble(s) en cuestión;
- Las solicitudes deberán ser firmadas por el Coordinador Administrativo o similar y el Titular de la Dependencia correspondiente y remitidas a la citada Dirección dentro del plazo de cinco días hábiles contados a partir de la fecha en que haya tenido lugar la recepción del documento.
- Las etiquetas que emita el Sistema Integral de Inventarios se adjuntará a la solicitud de alta, para que sean adheridas a los bienes muebles, siendo responsabilidad del titular de la Unidad Administrativa de cada Dependencia u Organismo su distribución hacia los responsables de los bienes para el etiquetado y plena identificación de los mismos.

Es importante mencionar que de existir algún cambio en el resguardo de los bienes dados de alta, ésta deberá firmarse y posteriormente deberá elaborar las transferencias correspondientes.

La Unidad Administrativa de cada Dependencia se encargará de realizar los trámites para la transferencia del resguardo de los bienes, mediante el formato: "Solicitud de Transferencia", DRMyCP-11 (Anexo 62), mismos que deberán ser firmados por el Coordinador Administrativo o similar y el titular de la Dependencia y deberá remitirse a la Dirección de Recursos Materiales y Control Patrimonial, dentro del plazo de cinco días hábiles contados a partir de la fecha en que haya tenido lugar la transferencia.

Para efecto de lo anterior, los servidores públicos deberán notificar al Coordinador Administrativo o similar de cada Dependencia, acerca de los bienes que les sean entregados para el desarrollo de sus funciones o retirados para transferirlos a otro servidor público.

La baja de bienes muebles deberá tramitarse mediante el envío del formato "Solicitud de Baja", DRMyCP-12 (Anexo 63) que será firmada por el Coordinador Administrativo o similar y el Titular de la dependencia, con la firma de supervisión del órgano interno de control y enviada a la Dirección de Recursos Materiales y Control Patrimonial, dentro del plazo que no exceda los cinco días hábiles contados a partir de su recepción en la bodega, o bien para los casos de extravío, robo, accidente, siniestro o destrucción, a la fecha en que se haya dado aviso a la Fiscalía General del Estado, a la Secretaría de la Contraloría o bien a la fecha del Acta Circunstanciada o de Hechos según corresponda de acuerdo a la normatividad.

Cuando la solicitud de baja sea relativa a vehículos y maquinaria, deberá adjuntarse el dictamen que acredite que el bien, por su estado físico o cualidades, ya no resulta útil para el servicio público al que se encuentre destinado, que deberá ser expedido por empresas de servicio automotriz, de entre las registradas en el Padrón de Proveedores de la Administración Pública Estatal, en cuyo giro esté considerada la reparación de los bienes de que se trate; o bien podrá ser emitido por la Dependencia, cuando ésta cuente con un taller, bajo su estricta responsabilidad.

Tratándose de bienes informáticos, el dictamen mencionado deberá llevar, además, el visto bueno de la Dirección de Informática e Innovación de la Subsecretaría de Innovación Gubernamental, a través del formato solicitud de "Baja de Equipo de Cómputo" DII-03 (Anexo 71), para tal efecto el Coordinador Administrativo de la dependencia deberá requisitar el formato incluyendo los datos de resguardante del bien y enviárselo a la Dirección de Informática e Innovación para su aprobación.

Para el caso en que los bienes muebles solicitados para baja, deban ser ingresados al almacén de bajas que tiene a su cargo la Dirección de Recursos Materiales y Control Patrimonial, lo anterior a reserva de que puedan ser recepcionados por esta Dirección para su ingreso físico, es requisito que mediante oficio y previo a la emisión de la solicitud correspondiente, la Dependencia solicite se asigne fecha y hora para la recepción de los mismos, debiendo señalar el número de inventario y la descripción de cada uno de ellos; de igual forma deberán contar al momento de la entrega física, de los dictámenes correspondientes y baja de placas según sea el caso. Una vez recepcionados se le hará entrega por parte de la Dirección de Recursos Materiales y Control Patrimonial de la Entrada de Almacén correspondiente a los bienes ingresados.

Para los casos de bajas de vehículos o maquinaria que deben ser ingresados al almacén de bajas que tienen a su cargo la Dirección de Recursos Materiales y Control Patrimonial, estos se darán por recepcionados, previa verificación y levantamiento físico de los mismos, en los que consten las condiciones generales en las que se reciben; esta verificación

se hará de manera conjunta con el contralor interno de la Dependencia, o bien quien designe para tal función la Secretaría de Contraloría.

Las solicitudes sólo serán recibidas para su afectación en el Sistema Integral de Inventarios en los siguientes casos:

- Cuando sean recepcionadas con las firmas de autorización correspondientes y en los plazos arriba señalados;
- Cuando las solicitudes de baja, adjunten a la misma según sean el caso los siguientes documentos:
  - Constancia de Hechos o Denuncia ante la Fiscalía General del Estado, constancia de conocimiento de la Secretaría de la Contraloría; Aviso a la Fiscalía General del Estado, a la Secretaría de la Contraloría, si se tratara de extravío, robo, accidente, siniestro o destrucción.
  - Tratándose de ingreso físico de bienes a la bodega deben adjuntar el original del dictamen autorizado, en el que se acredite el estado físico del bien según se trate de vehículos o bienes informáticos;
  - Tratándose de Vehículos y Maquinaria, deberá incluir el levantamiento físico de los mismos, en el que conste las condiciones generales en las que se reciben.
  - Original de la baja de placas según corresponda.

Las solicitudes que no sean recibidas en los plazos indicados y con la documentación requerida, procederán a su inmediata cancelación, permaneciendo los bienes sin cambios y en el inventario de la Dependencia solicitante.

La Dirección de Recursos Materiales y Control Patrimonial realizará visitas a las dependencias, con la finalidad de verificar los bienes muebles registrados en sus inventarios, en las que intervendrá el Órgano Interno de Control asignado a esta Secretaría. Para tal efecto, notificará al Coordinador Administrativo o similar de cada Dependencia las fechas en que se desarrollarán los trabajos relativos, a fin de que disponga del tiempo, acceso a las áreas, medio de transporte, recursos y el personal que participará en la verificación o en su caso designe, bajo su responsabilidad, al personal que lo haga en su lugar. El Coordinador Administrativo o su similar deberá comunicar a su órgano de Control Interno y a cada una de las áreas de esa Dependencia sobre el periodo en que se realizarán las verificaciones.

De la verificación efectuada, la Dirección de Recursos Materiales elaborará el Acta de Resultado de Verificación y en caso de detectar observaciones o inconsistencias, se incluirán en un "Anexo de Resultado de Verificación", en el que de manera pormenorizada se detallen las mismas. El Acta de Resultado de Verificación será remitida para su conocimiento,

firma y solventación de los Anexos de Resultados de Verificación si hubiera, a la Dependencia correspondiente, quien deberá remitirla debidamente requisitada a la citada Dirección en un plazo de 15 días hábiles contados a partir de la fecha de recepción del acta correspondiente.

El incumplimiento de estas disposiciones será sancionada de acuerdo a lo establecido por la Ley Reglamentaria del Capítulo XVII de la Constitución Política del Estado de Campeche; y se procederá a dar aviso a la Secretaría de la Contraloría, en términos de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Campeche, Artículo 28, fracción VII.

### **Combustible**

Las Dependencias de la Administración Pública Estatal deberán sujetarse a la ministración de suministro de combustible de acuerdo al presupuesto autorizado calendarizado y a las medidas de racionalidad y austeridad establecidas.

La Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental a través de la Dirección de Recursos Materiales y Control Patrimonial dotará de combustible, a las Dependencias de acuerdo a su plantilla vehicular en función de sus necesidades y a la "Bitácora Mensual de Vehículos", DRMyCP-07 (Anexo 58) mismas que deberán ser entregadas mediante un documento conteniendo el monto total a comprobar, periodo y total de bitácoras los cuales deberán ser entregados en los primeros 15 días naturales del mes posterior a la Dirección de Recursos Materiales y Control Patrimonial.

Las solicitudes de dotación de combustible mensual deberán ser entregadas con una anticipación de 15 días naturales para los trámites correspondientes.

Los coordinadores administrativos son los responsables de regular y vigilar el llenado de las bitácoras y deberán verificar la utilidad y eficiencia de los vehículos ligeros de 4 y 6 cilindros que ofrezcan un rendimiento real de consumo de combustible menor a 5 Kilómetros por litro considerando los criterios de austeridad.

No se suministrará combustible a las unidades de transporte y maquinaria de las Dependencias centralizadas, que no se encuentren dados de alta en el activo fijo y plantilla vehicular de la Administración Pública Estatal conteniendo los siguientes datos: N° de placa, serie, motor, descripción del vehículo, modelo y marca; **solamente en casos excepcionales, cuando las Dependencias del Gobierno del Estado, requieran utilizar vehículos particulares para el cumplimiento de comisiones oficiales, se le podrá dotar de combustible, previa solicitud del coordinador administrativo y autorización del Secretario del Ramo y con cargo a su presupuesto autorizado y calendarizado**, quedando bajo la responsabilidad del Titular o Coordinador Administrativo,

la debida observancia de esta norma. Para tal efecto se observarán los inventarios de vehículos proporcionados en el Anteproyecto del Presupuesto de Egresos respectivo.

La Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental será la única Dependencia autorizada para celebrar convenios con los proveedores o sus representantes legales, a fin de expedir los vales de combustible que serán distribuidos mensualmente a las distintas Dependencias de la Administración Pública Estatal.

### **Seguros Vehiculares**

La Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental a través de la Dirección de Recursos Materiales y Control Patrimonial será la **única facultada** para realizar los contratos y trámites de seguros **vehiculares** de las Dependencias, atendiendo los objetivos y prioridades de los programas de desarrollo económico y demás disposiciones aplicables, siempre que estén dados de alta en el activo fijo y plantilla vehicular de la Administración Pública Estatal; asimismo en el caso de maquinaria pesada la Dependencia será la responsable de informar a la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental, qué unidades deberán asegurarse y hacer las provisiones presupuestales correspondientes.

La Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental no responderá de los siniestros ocurridos a las unidades vehiculares que no estén aseguradas y sean propiedad del Gobierno del Estado, siendo responsabilidad estricta del Coordinador Administrativo de la Dependencia el pago de los daños, por no considerar su inclusión en la plantilla vehicular y verificar de que cuenten con la copia de la póliza de seguro vigente así como la lista de ajustadores. En caso de existir algún siniestro, el Coordinador Administrativo deberá de reportar y documentar ante la Dirección de Recursos Materiales y Control Patrimonial dependiente de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental para que esta pueda coadyuvar los trámites ante las instancias correspondientes.

Para que la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental a través de la Dirección de Recursos Materiales y Control Patrimonial, gestione la indemnización de los siniestros ocurridos, requerirá del dictamen de peritaje correspondiente o acta circunstancial del hecho. Para tal efecto, los Coordinadores Administrativos deberán remitir en forma inmediata y al momento de tener conocimiento de los mismos, a la Compañía Aseguradora y a la Dirección de Recursos Materiales y Control Patrimonial.

Los Coordinadores Administrativos son los responsables de verificar si los vehículos cuentan con asistencia en el camino en su póliza de seguro contratada, por lo que no se aceptarán facturas como comprobantes de pago por traslados de vehículos que sufrieron falla mecánica, accidentados o siniestrados, cuando se constate que cuentan con este servicio.

Asimismo los Coordinadores Administrativos deberán entregar por escrito a los empleados resguardantes de los vehículos donde se les informe del inventario del vehículo, los accesorios con que cuenta, su documentación, la póliza de seguro y sus alcances así como las obligaciones inherentes al bien asignado.

En caso de siniestro de vehículos por causas imputables al personal, éste deberá pagar el deducible del seguro, de acuerdo al dictamen que determine la compañía Aseguradora y deberá elaborarse el acta administrativa de responsabilidad, con el fin de que se tomen las medidas correspondientes. Será responsabilidad del Coordinador Administrativo o similar de la Dependencia el cumplimiento de esta disposición.

En el caso de siniestro de vehículos por causas no imputables al personal de la Dependencia, la reposición del bien será por el importe equivalente a la indemnización que entregue la compañía aseguradora en el tiempo que ésta se realice, a menos que la dependencia obtenga de la Secretaría la ampliación presupuestal para la adquisición de otra unidad.

Cuando exista un siniestro de vehículos susceptible de reparación, por causa no imputables al personal de la Dependencia, el pago de daños que realice la Aseguradora o el responsable del daño, se hará conforme al dictamen que emita el Ministerio Público, el cual será entregado a la Dirección de Recursos Materiales y Control Patrimonial de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental, para su respectivo depósito en las cajas de la Dirección de Ingresos y continuar con los trámites correspondientes para reparación de la unidad dañada.

### **Tenencia Vehicular**

La Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental a través de la Dirección de Recursos Materiales y Control Patrimonial será la **única facultada** para realizar los trámites de pagos de derechos y tenencias **vehiculares** de las Dependencias, atendiendo los objetivos y prioridades de los programas de desarrollo económico y demás disposiciones aplicables, siempre que estén dados de alta en el activo fijo y plantilla vehicular de la Administración Pública Estatal.

Será responsabilidad de los Coordinadores Administrativos de las Dependencias y Entidades, vigilar que el pago de la tenencia de todos los vehículos de su plantilla vehicular se realice de conformidad al plazo establecido.

En el caso de extravío de placa(s) la persona resguardante de la unidad vehicular deberá de tramitar ante la Fiscalía General del Estado, la constancia de hecho debiendo de llevar la siguiente documentación: copia del resguardo de la unidad automotriz, de la factura, de identificación, de pago de derecho y tenencia, así mismo deberá de tramitar la baja de la placa(s) ante el H. Ayuntamiento de Campeche y la Secretaría, debiendo de enviar la do-

cumentación en originales a la Dirección de Recursos Materiales y Control Patrimonial, para los trámites administrativos correspondientes.

En cuanto un equipo automotriz sea declarado como pérdida total por la Compañía aseguradora, el Coordinador Administrativo deberá dar de baja ante el H. ayuntamiento y la Secretaría, a través del oficio que entrega la aseguradora y deberá enviar los documentos originales a la Dirección de Recursos Materiales y Control Patrimonial, en virtud que se requiere para continuar con los trámites del pago de la pérdida total.

Sera responsabilidad de la Coordinación Administrativa de cada Dependencia vigilar que las unidades vehiculares se mantengan libres de infracciones, verificando periódicamente esta situación ante la Dirección de Ingresos de la Secretaría.

Las infracciones levantadas por la Secretaría de Seguridad Pública y Protección a la Comunidad, serán cubiertas por los responsables de los vehículos de las distintas Dependencias que se hagan acreedores a esta situación, cuando dicho importe sea tomado en cuenta al momento de cubrir el pago de tenencia.

En el caso de las **Entidades**, los Coordinadores Administrativos serán los responsables de realizar directamente ante la Dirección de Ingresos los trámites de pago de las tenencias de los vehículos que tengan asignados.

### **Talleres Gráficos**

Las Dependencias de la Administración Pública Estatal deberán tramitar ante la Secretaría de Gobierno todos los trabajos de impresión, edición y publicación que requiera a fin de dar un mayor aprovechamiento a la capacidad instalada de la maquinaria disponible en los Talleres Gráficos. Por lo tanto, los Titulares de las Dependencias deberán abstenerse de contratar servicios externos por ese concepto, excepto de aquellos que por sus características no puedan realizarse con la maquinaria disponible en los Talleres Gráficos, previo dictamen de autorización.

### 3.3. Servicios Generales

#### Servicios Básicos

El presupuesto asignado para la obtención de los servicios públicos necesarios para el funcionamiento de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, deberá ejercerse con estricto apego al calendario y montos autorizados. Los importes no ejercidos a calendarios vencidos serán considerados ahorros presupuestales.

Las siguientes partidas de servicios básicos:

- 3111 Energía Eléctrica
- 3131 Servicios de Agua
- 3141 Servicio telefónico tradicional
- 3151 Servicio de Telefonía celular
- 3161 Servicios de telecomunicaciones y satélites
- 3221 Arrendamiento de edificios y Locales
- 3361 Servicios de apoyo administrativo, fotocopiado e impresión
- 3381 Servicios de vigilancia
- 3531 Instalación, reparación y mantenimiento de equipo de cómputo y tecnologías de la información
- 3581 Servicios de lavandería, limpieza y manejo de desechos

#### Momentos Contables de las partidas de Servicios Básicos

1. **Aprobado:** Asignación de presupuesto de egresos anual autorizado para las partidas en la unidad presupuestal correspondiente.
2. **Modificado:** La unidad presupuestal de requerir una adecuación presupuestal deberá realizarla para comprometer el importe del servicio básico que corresponde.
3. **Comprometido:** La Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental autoriza el servicio básico que corresponda.
4. **Devengado:** La Unidad Presupuestal realiza el ejercicio presupuestal cargado a la unidad y a la partida de servicios básicos que corresponda.
5. **Ejercido:** La Secretaría autoriza el ejercicio del presupuesto por concepto de servicios básicos a los proveedores correspondientes.

6. **Pagado:** La Secretaría emite la transferencia bancaria para pago de servicios básicos a los proveedores correspondientes.

**Las partidas centralizadas son irreductibles**, por lo que no se podrá realizar transferencias para el pago de otros servicios, salvo previa autorización de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental siempre y cuando se demuestre que ya han sido cubiertos los pagos por los que fueron presupuestados dichos importes y el saldo correspondiente sea comprobado como ahorro presupuestal.

Todos los pagos de los servicios básicos, 3111 Energía Eléctrica, 3131 Agua, 3141 Telefonía Tradicional, 3151 Telefonía Celular, 3221 Arrendamiento de Edificios, 3361 Servicios de Apoyo Administrativo, Fotocopiado e Impresión 3381 Servicios de Vigilancia y 3581 Servicios de lavandería, limpieza y manejo de desechos, deberán estar autorizados previamente por la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental y se tramitarán de acuerdo a los criterios de racionalidad, austeridad y disciplina presupuestal establecido en el Presupuesto de Egresos vigente, así como en apego a los principios de acceso a la información y transparencia debiendo sujetarse al presupuesto autorizado.

Será responsabilidad de los Coordinadores Administrativos realizar oportunamente ante la Dirección de Servicios Generales el trámite de pago. En caso de nuevos contratos, deberán solicitar autorización a la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental.

### **Telefonía Tradicional**

Será **responsabilidad** de los Coordinadores Administrativos de las Dependencias y Entidades, vigilar **no excederse** del Presupuesto autorizado, o en su caso, se adoptarán medidas observatorias inmediatas, ocasionando hasta la suspensión temporal del servicio en algunas líneas. Así como Restringir el uso de las llamadas locales y telefonía celular; implementando un control de llamadas, destinándose exclusivamente a satisfacer las necesidades de carácter oficial.

Quedan restringidas las llamadas de carácter personal. Así como los servicios de radiocomunicación y radiolocalización.

Los Coordinadores Administrativos establecerán los controles necesarios para detectar llamadas de tipo personal y que el importe de éstas sea reintegrado a la Subsecretaría de Egresos.

La Telefonía Tradicional estará sujeta, en cuanto al número de aparatos y tipos de éstos, al criterio establecido para su asignación.

En caso de realizar llamadas de pago por servicios al 01-900 y utilizar los servicios de líneas de entretenimiento, se aplicarán las sanciones de acuerdo a las normas y lineamientos aplicables.

No se contratará el servicio telefónico de nuevas líneas, sin la justificación expresa de la Dependencia y la autorización respectiva de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental, a fin de hacerlo congruente con el Presupuesto autorizado. Para toda nueva línea telefónica o de telecomunicaciones el cableado deberá ser estructurado categoría 6 como mínimo requerido reglamentado en el estándar ANSI/TIA/EIA-568-B.1, ANSI/TIA/EIA-568-B.2, ANSI/TIA/EIA-568-B.3, ANSI/TIA/EIA-569 y deberán ser multiprotocolo y multiservicios pudiendo conectarse entre sí y con la red de datos de la Dependencia y a la red Estatal de Telecomunicaciones, y soportar los servicios de telefonía IP, datos, video conferencia y cualquier equipo basado en estándares.

Asimismo deberán cancelarse aquellas líneas que no sean estrictamente indispensables. Para el caso de las dependencias que cuenten con el servicio de Conmutador interconectado a la Red Estatal de Telecomunicaciones, las contrataciones de nuevas líneas telefónicas comerciales se sujetarán al proceso de validación técnica de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental para su autorización; siendo que en todo momento deberá promoverse el uso e integración de los servicios telefónicos nuevos y existentes a esta Red, con la finalidad de maximizar y extender los servicios de telecomunicaciones actuales.

La contratación del servicio telefónico convencional y/o celular será a través de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental, mediante solicitud por escrito, y deberá sujetarse a las reglas contenidas en las **"Políticas y procesos a seguir para la solicitud de los servicios de Telefonía"** DII-04 (Anexo 72).

Para tramitar cualquier erogación por concepto de este servicio, el número del teléfono que origine el gasto deberá estar autorizado por la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental y deberá de contar previamente con los recursos presupuestales para su autorización.

### **Telefonía Celular**

El servicio de telefonía celular, es exclusivo de los Titulares de las Dependencias de la Administración Pública Estatal. La cuota máxima es de \$ 2,300.00 (Son: Dos Mil Trescientos Pesos 00/100 M.N) mensual más el I.V.A., tomando en consideración que el excedente en el importe de la factura que corresponda, será cubierto por el servidor público usuario de este servicio. El trámite de pago deberá realizarse ante la Dirección de Servicios Generales mediante oficio anexando la factura original y el ejercicio presupuestal correspondiente y la documentación se deberá de entregar a más tardar 5 días hábiles antes de la fecha límite de pago, para evitar la suspensión del servicio. **No se aceptará el pago de este servicio a través del Fondo Revolvante.**

Cuando se requiera la baja del servicio telefónico celular se solicitará por escrito a la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental, debiendo finiquitar los adeudos pendientes a la fecha de la baja.

El pago de tarjetas prepago de Telefonía Celular y de tiempo aire, está restringido salvo los casos que por causa de eventos oficiales así lo requieran las dependencias, debiendo de solicitar la autorización al titular de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental, **no se pagará cuando no tenga la autorización correspondiente.**

Con base al contrato global celebrado con Teléfonos de México, S.A. de C.V., todas las líneas adscritas al Gobierno del Estado, se facturan en la Cuenta Maestra por lo que es responsabilidad de los Coordinadores Administrativos verificar esta información a partir del día 25 de cada mes, y en caso de existir alguna observación deberá de informar a la Dirección de Servicios Generales para los fines procedentes.

### **Energía Eléctrica**

Será responsabilidad de los Coordinadores Administrativos tramitar oportunamente ante la Dirección de Servicios Generales el pago por este servicio. La documentación se deberá entregar a más tardar 5 días hábiles antes de la fecha límite de pago, mediante oficio anexando la factura original y ejercicio presupuestal.

El pago de energía eléctrica se podrá realizar mediante el servicio de cobranza electrónica según contrato suscrito con BBVA BANCOMER a través de cargos automáticos a la cuenta de cheques que asigne la Secretaría.

El cargo se aplica en la fecha límite que se indica en el recibo que emite la Comisión Federal de Electricidad.

Los recibos seguirán llegando a domicilio, con la leyenda "Cobranza Electrónica".

Los Coordinadores Administrativos podrán solicitar a la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental que los recibos de energía eléctrica de la Dependencia o Entidad, que no estén considerados dentro del servicio de cobranza electrónica, sean incluidos; anexando a la solicitud copia del último recibo de energía eléctrica.

En el caso de los pagos que excedan el presupuesto asignado, la dependencia deberá realizar la adecuación presupuestal por el recurso correspondiente debiendo justificar el motivo.

En materia de ahorro y uso eficiente de la energía eléctrica deberán aplicarse las medidas descritas a continuación:

- Apagar la iluminación a la hora de salida del personal operativo, conservando encendida únicamente la iluminación requerida por el personal que permanezca laborando.
- Nombrar a un encargado para realizar recorridos permanentes con objeto de apagar las luces que se encuentren encendidas innecesariamente.
- Efectuar limpieza mensual de las iluminaciones y acrílicos difusores de las lámparas, con el propósito de eficientar la iluminación.
- En las áreas donde exista una adecuada iluminación natural, se mantendrán apagadas las lámparas durante el día y se efectuará limpieza regular de vidrios, domos y tragaluces especialmente en época de lluvias.
- Independizar circuitos e iluminación mediante la instalación de interruptores de manera que no existan áreas mayores de 20 m<sup>2</sup> que tengan que permanecer completamente iluminadas sin ser necesario, e instalar apagadores en cubículos y áreas cerradas, con el objeto de que el servidor público pueda controlar directamente su operación.
- Revisar trimestralmente las conexiones en subestaciones, tableros de control, contactos y apagadores, limpiándolas y ajustándolas de ser necesario, para evitar el recalentamiento en los elementos que propicien la pérdida de energía y acorten su vida útil.
- Desconectar aparatos eléctricos que permanezcan ociosos como son cafeteras, radios, máquinas de escribir, fotocopadoras, computadoras, etc.
- Difundir en forma permanente campañas de concientización entre el personal en general, para el ahorro y uso eficiente de la energía.
- Todas las medidas adoptadas en materia de uso y ahorro de energía eléctrica no deberán implicar **erogaciones adicionales** considerables.

Será responsabilidad exclusiva de cada Área Administrativa el cumplimiento de estas medidas en el espacio que ocupa cada inmueble de la Dependencia; así como, estar pendientes de las fechas de vencimiento y tramitar oportunamente el pago ante la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental, a fin de evitar la suspensión del servicio.

### **Servicios de Agua Potable**

Los Coordinadores Administrativos deberán considerar dentro de su Presupuesto el servicio de agua potable y serán responsables de cumplir con la obligación del pago y vigilar que el consumo sea el indispensable que requiera la Dependencia.

Así mismo, es responsabilidad de los Coordinadores Administrativos solicitar el recibo correspondiente al Sistema de Agua Potable y Alcantarillado de Campeche (S.M.A.P.A.C.) tramitando ante la Secretaría de Administración el pago respectivo, mediante oficio, factura y ejercicio presupuestal.

## **Contratos de Arrendamiento**

La contratación de todo tipo de arrendamiento de bienes muebles e inmuebles que impliquen la firma de un contrato se llevará a cabo exclusivamente por la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental.

Queda prohibida la contratación de nuevos arrendamientos de bienes inmuebles en general y se deberán reducir al mínimo indispensable. Para la celebración de contratos de arrendamiento de bienes inmuebles, maquinaria, equipo y mobiliario, se analizará la propuesta de personas físicas o morales que tengan la capacidad administrativa, técnica, financiera y jurídica para prestar los servicios y arrendamientos que requieren, quedando sujeto al dictamen que se emita.

El oficio de solicitud de contratación de servicios o arrendamiento deberá contener la siguiente información:

- a)** Antecedentes y/o justificación de la contratación del arrendamiento o servicio.
- b)** Descripción detallada del arrendamiento o servicios a contratar.
- c)** Superficie del terreno. (bienes inmuebles)
- d)** Vigencia del contrato.
- e)** Lugar de prestación del servicio o contrato.
- f)** Importe sin I.V.A.
- g)** R.F.C. del arrendador.
- h)** Copia de las escrituras, en el caso de inmuebles.
- i)** Copia del último recibo de pago del Impuesto predial, agua potable, energía eléctrica y servicio telefónico, en su caso.
- j)** Nombre del representante legal y poder notarial, en su caso.
- k)** Copia del comprobante domiciliario catastral

Cuando los contratos, presupuestos y convenios se redacten en idioma extranjero deberá anexarse la traducción al español, estipulando su importe en moneda nacional; si es indispensable aceptar el importe en moneda extranjera, deberá de apegarse a lo establecido por la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 8, con relación a las disposiciones aplicables a la determinación del tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana, en su regla número 2 publicada en el Diario Oficial de la Federación en fecha 10 de noviembre de 1991, que señala textualmente: "Las obligaciones de pago denominadas en dólares de los Estados Unidos de América, que se contraigan dentro o fuera de la República Mexicana, para ser cumplidas en ésta, se solventarán entregando el equivalente en moneda nacional, al tipo de cambio de venta que el Banco de México, en términos del punto 1.4. precedente, publique en el Diario Oficial de la Federación el día hábil bancario inmediato anterior a aquel en que se haga el pago".

La renovación de contratos de arrendamiento de bienes inmuebles, deberá solicitarse mediante oficio a la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental para su autorización, con un mínimo de 60 días de anticipación al vencimiento del mismo, considerando el incremento autorizado por la SAIG y al aprovechamiento de los espacios ya arrendados.

El arrendamiento de inmuebles que realicen los Organismos Descentralizados deberá apearse al procedimiento y la autorización de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental.

En el caso de los bienes inmuebles, cuando se requiera la desocupación por término de contrato o a solicitud de cualquiera de las partes, será responsabilidad del Coordinador Administrativo de la Dependencia que tenga a su cargo el bien inmueble arrendado la entrega del predio en las mismas condiciones en que fue recibido, salvo su deterioro natural por el uso moderado. Al momento de su desocupación deberá finiquitar el pago, y dar de baja al contrato de los servicios básicos (Teléfonos, Energía Eléctrica y Agua Potable).

Invariablemente, la Dependencia deberá notificar a la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental la desocupación del predio con un mínimo de 30 días de anticipación.

Los recibos se pagarán el día 20 de cada mes, por lo que los Coordinadores Administrativos de las Dependencias deberán enviar dentro de los primeros 5 días naturales a la Subsecretaría de Administración, los recibos y el ejercicio presupuestal correspondiente, considerando las retenciones del Impuesto sobre la Renta.

### **Fotocopiado**

La Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental celebrará un contrato global de arrendamiento de equipo de fotocopiado para la Administración Pública Estatal y evaluará la conveniencia de que algunas unidades administrativas utilicen este servicio en forma directa. Con el fin de verificar la eficiencia del servicio contratado en forma global, las unidades administrativas informarán a la Dirección de Servicios Generales cuando existan problemas para proporcionar el servicio en tiempo y forma. No se contratará el servicio de fotocopiado de nuevos equipos, sin la justificación expresa de la dependencia y la autorización respectiva de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental, a fin de hacerlo congruente con el presupuesto autorizado.

Será responsabilidad de los Coordinadores Administrativos realizar oportunamente ante la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental el trámite de pago, anexando el recibo y el ejercicio presupuestal y la lectura correspondiente, así como vigilar no exceder-

se al Presupuesto autorizado, o en su caso, se adoptarán medidas observatorias inmediatas, ocasionando hasta la suspensión temporal del servicio.

La operación del servicio de fotocopiado deberá ajustarse a las siguientes medidas:

- El uso de fotocopiadoras es exclusivamente oficial, quedando prohibido reproducir documentos particulares.
- Designar una persona responsable del servicio de fotocopiado para el control de consumo (papel, toner y revelado) y el uso adecuado del equipo.
- Deberán realizarse reparaciones de equipos, únicamente por personal autorizado por la empresa contratada para tal fin.
- Evitar fotocopiar publicaciones completas, como libros o periódicos oficiales, debiéndose optar por la adquisición de los ejemplares indispensables con los editores o mediante la consulta en internet.
- Reducir al mínimo indispensable el fotocopiado de resúmenes periodísticos de la publicación diaria.
- No se deberán mover de su lugar de instalación las máquinas fotocopiadoras, salvo autorización por escrito de la Empresa Arrendadora.
- No contratar nuevos equipos de fotocopiado en arrendamiento. Así mismo los equipos en arrendamiento que se consideren excedentes deberá procederse a la inmediata cancelación.

### **Mantenimiento y Conservación de Muebles de Oficina, Maquinaria (Excluyendo Vehículos)**

La Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental realizará la contratación de servicios a terceros para el mantenimiento preventivo-correctivo a los bienes muebles de oficina, maquinaria y equipo (excluyendo vehículos), previa solicitud por escrito de la Dependencia.

El Coordinador Administrativo deberá verificar la disponibilidad presupuestal con anticipación y anexar a la solicitud el ejercicio presupuestal correspondiente.

La Dirección de Servicios Generales expedirá una orden de servicio al proveedor utilizando el formato "Orden de Servicio de Conservación y Mantenimiento", DSG-01 (Anexo 68), con esta orden el proveedor procederá a recoger el bien a reparar.

Una vez concluido el trabajo, la Dependencia verificará su correcto funcionamiento y procederá a firmar de conformidad en la factura anotando el nombre completo y la fecha.

### **Servicio de Difusión e Información**

Las Dependencias y Entidades que requieran el servicio de difusión e información, deberán solicitarlo por conducto de la Secretaría de Coordinación a través del área de Comunicación Social del Gobierno del Estado, quien es la Dependencia responsable de la aplicación presupuestal por este concepto.

En el caso de propaganda y publicidad deberá reducirse al mínimo, limitando su contratación exclusivamente mediante órdenes de compra a tarifas comerciales debidamente acreditadas. Las publicaciones, impresiones y fotocopiado que con fines internos lleven a cabo las Dependencias y Entidades, deberán difundirse preferentemente en medios magnéticos y a través de la infraestructura de la red informática interna (Intranet) y, en su caso, reducir el número de ejemplares a imprimir. En materia de síntesis de prensa se proporcionará exclusivamente resúmenes informativos a los servidores públicos de primer nivel, con el objetivo de reducir las erogaciones por estos conceptos.

En las suscripciones a diarios y revistas comerciales, únicamente se autoriza los estrictamente necesarios para sus funciones.

Se suspende la publicación de esquelos, felicitaciones y demás similares en medios escritos, electrónicos, radiofónicos y televisivos con excepción del titular del Ejecutivo Estatal.

### **Viáticos y Pasajes Aéreos**

Todas las comisiones del personal deberán otorgarse de acuerdo a los criterios de racionalidad, austeridad y disciplina presupuestal establecidos en el Presupuesto de Egresos vigente, así como en apego a los principios de acceso a la información y transparencia debiendo sujetarse al Manual de Procedimientos para el Trámite de Viáticos y Pasajes para las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, el cual podrán consultar en el Link <http://www.campeche.gob.mx/index.php/descarga-de-documentos/category/3-manuales>

El trámite de viáticos y pasajes se podrán realizar a través del sistema appsGOBCAM, siempre y cuando soliciten la implementación del sistema a la Dirección de Informática e Innovación de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental.

El presupuesto asignado a viáticos y pasajes deberá ejercerse con estricto apego al calendario y montos autorizados.

## MOMENTOS CONTABLES DE PASAJES AÉREOS

1. **Aprobado:** Asignación de presupuesto de egresos anual autorizado para la partida de pasajes en la unidad presupuestal correspondiente.
2. **Modificado:** La unidad presupuestal de requerir realizar una adecuación presupuestal deberá realizarla para comprometer el importe del pasaje aéreo correspondiente.
3. **Comprometido:** La Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental recibe la Solicitud de Autorización de Pasajes Aéreos SAIG-03 (Anexo 19).
4. **Devengado:** La Coordinación Administrativa de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental realiza el ejercicio presupuestal debidamente cargado a la unidad correspondiente y a la partida de pasajes aéreos (3711).
5. **Ejercido:** La Secretaría autoriza el ejercicio del presupuesto por concepto de pasajes aéreos a los proveedores correspondientes.
6. **Pagado:** La Secretaría emite la transferencia bancaria para pago de pasajes aéreos a los proveedores correspondientes.

El número de servidores públicos que sean enviados a una misma comisión deben reducirse al mínimo indispensable.

Queda prohibido a los titulares de las áreas administrativas facultadas asignar comisión alguna al personal que se encuentre disfrutando de período vacacional, de cualquier tipo de licencia, o se encuentre en el extranjero con carácter de estudiante.

El ejercicio de las partidas 3721 Pasajes terrestres, 3731 Pasajes marítimos, lacustres y fluviales, 3751 Viáticos en el país y 3761 Viáticos en el extranjero, serán descentralizadas por lo que es responsabilidad exclusiva del Titular y del Coordinador Administrativo de las Dependencias y Entidades su correcta observancia.

Las Dependencias deberán tramitar a la Secretaría a través de la Subsecretaría de Egresos el reembolso correspondiente a viáticos ya devengados anexando el formato de solicitud de recursos para el pago de gastos de viáticos mediante el "Oficio de Comisión y Solicitud de Viáticos y pasajes" formato SAIG-01 (Anexo 17), para ello deberán verificar la disponibilidad presupuestal y ajustarse a los tabuladores establecidos por la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental.

La liberación de los recursos se realizará a favor de la Dependencia y se depositará por transferencia bancaria a la cuenta asignada para este concepto ante la Secretaría, quedando bajo la responsabilidad del Coordinador Administrativo hacer la oportuna entrega y distribución de los importes a los comisionados.

En el caso de las Entidades Desconcentradas la liberación del recurso se otorga en el subsidio que se ministra en forma mensual.

Los servidores públicos que autoricen la asignación de pasajes, seleccionarán el medio de transporte idóneo.

Queda prohibida la adquisición de boletos de primera clase y clase de negocio ("business class" o "clase premier") o equivalentes.

La comprobación de las comisiones se realizará con base a los lineamientos que establece el Manual de Procedimientos para el Trámite de Viáticos y Pasajes para las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, que se encuentre vigente.

En la comprobación de viáticos se utilizará el Formato DP-01, anexando el "Oficio de Comisión y Solicitud de Viáticos y pasajes" formato SAIG-01 (Anexo 17), y el "Informe de Comisión y Desglose de Gastos" formato SAIG-04 (Anexo 20).

La Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental, es el área autorizada para el trámite de pago de las facturas y la compra en forma electrónica por concepto de pasajes aéreos solo de las Dependencias Centralizadas.

La solicitud de pagos por concepto de pasajes aéreos, se efectuará mediante oficio enviado dentro de los primeros cinco días hábiles posteriores a la fecha de su recepción en la dependencia, deberá tener como anexo el documento expedido por la compañía prestadora del servicio de transportación, anexando copia del boleto electrónico, y el Oficio de Comisión y Solicitud de Viáticos y Pasajes formato SAIG-01 (Anexo 17).

En el caso de las Dependencias, los documentos deberán estar a nombre del Gobierno del Estado de Campeche, con Registro Federal de Contribuyentes GEC950401659 y como domicilio fiscal el ubicado en calle 8 entre 61 y Circuito Baluartes s/no. Colonia Centro.

En el caso de las Entidades desconcentradas, la documentación estará a nombre de la misma, así como su domicilio fiscal.

Compete y es responsabilidad del Coordinador Administrativo llevar un control individual del personal que recibe viáticos y su comprobación, a efecto de que se refleje en la constancia de pago de sueldos y salarios al personal el monto total de los viáticos pagados durante el año fiscal correspondiente.

Para efectos del párrafo anterior, es obligación elaborar el Informe Mensual del Personal que recibió Viáticos de la Dependencia que fue comisionado a través del formato SAIG-02 (Anexo 18), y enviarlo a la Dirección de Administración de Personal de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental los primeros 5 días hábiles del mes siguiente.

Para el caso de las Entidades desconcentradas de la Administración Pública Estatal que cuentan con su propio registro federal de contribuyentes y que además están sujetos al régimen de pago de sueldos y salarios conforme a la Ley del Impuesto sobre la Renta, el representante legal de la Entidad será el responsable de expedir las constancias al personal.

En el caso de los viáticos que no sean comprobados conforme a lo dispuesto en el Manual de Procedimientos para el Trámite de Viáticos y Pasajes para las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, el servidor público deberá reintegrar los recursos correspondientes, situación que será de observancia general para las Dependencias y Entidades de la Administración Pública, así como responsabilidad del titular y coordinador administrativo.

Para las dependencias centralizadas el reintegro se deberá realizar mediante oficio a la unidad ejecutora de la Secretaría, quien expedirá recibo oficial, debiendo anexar copia del mismo a la comprobación correspondiente. De igual forma se deberá proceder en el caso de que la comisión sea cancelada.

Los servidores públicos facultados para autorizar la asignación de comisiones, viáticos y pasajes; así como, los comisionados, son corresponsables de las irregularidades en que incurran de acuerdo con lo establecido en el presente documento, haciéndose acreedores a las sanciones previstas en la Ley Reglamentaria del Capítulo XVII de la Constitución Política del Estado de Campeche.

### **Servicios Oficiales**

Estos servicios se refieren a las erogaciones por concepto de celebración de actos y ceremonias oficiales derivado de visitas y supervisiones de programas de coordinación con la Administración Pública Federal y a las asignaciones destinadas a la celebración de congresos, convenciones, asambleas, festivales culturales y reuniones, así como a la instalación y sostenimiento de exposiciones.

En el caso de los servicios de hospedaje y alimentación, las Dependencias deberán realizar directamente las reservaciones a los hoteles, mediante solicitud por escrito del Titular de la Dependencia, la aplicación presupuestaria deberá ser a los conceptos 3810 Gastos de Ceremonial, 3820 Gasto de Orden Social y Cultural, 3830 Congresos y Convenciones; y 3840 Exposiciones en ningún caso se autorizará el pago por concepto de consumo de bebidas alcohólicas.

Las Dependencias deberán prever los recursos necesarios para llevar a cabo la realización de congresos, convenciones, asambleas, festivales culturales y reuniones, así como para la

instalación y sostenimiento de exposiciones. Asimismo enviar dentro de su anteproyecto de presupuesto la descripción a detalle del evento de que se trate; lugar, fecha o periodo de su realización; número de participantes; especificación de cada renglón de gastos y todos los aspectos especiales que permitan su plena justificación y evaluar su erogación. La aplicación presupuestaria será en las partidas arriba mencionadas, siempre y cuando por tratarse de servicios integrales no puedan desagregarse en otras partidas de los capítulos 2000 Materiales y Suministros y 3000 Servicios Generales (papelería, alimentos, viáticos, combustibles, pasajes, hospedaje, etc.), siempre que estén directamente relacionados con la realización del evento.

Las erogaciones por concepto de Gastos de Ceremonial y de Orden Social y por Congresos, Convenciones y Exposiciones deberán reducirse al mínimo indispensable.

Siempre que las circunstancias lo permitan los congresos, convenciones, y en general las reuniones de trabajo se llevarán a cabo en los locales oficiales, debiendo evitar el alquiler o acondicionamiento de lugares especiales.

### Capacitación

Para que el ejercicio de los recursos públicos **aprobados** se ejecuten con eficiencia, eficacia y transparencia es imprescindible que la función presupuestal sea congruente con las metas y objetivos planeados, atendiendo prioridades claramente establecidas en el programa anual de capacitación, en este sentido una de las estrategias es dar respuesta a la ciudadanía en forma satisfactoria, a sus muy diversas necesidades, al operar un gobierno cuya estructura modernizada, tecnologías y procesos innovadores, permita ofrecer servicios de alta calidad, honestos y sujetos al escrutinio y evaluación ciudadana; para tal caso, uno de los objetivos del Ejecutivo Estatal es, proporcionar a los servidores públicos de la Administración Estatal, la capacitación necesaria que proporcione las herramientas adecuadas para actualizar los conocimientos y habilidades, que impulsen el desarrollo humano y la modernización e innovación gubernamental.

De conformidad con lo que señala la fracción VI del artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Campeche, es facultad de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental, "*Capacitar a los Servidores públicos de las dependencias y entidades de la Administración Pública Estatal, para su desarrollo profesional y el mejoramiento continuo de la función pública*", en tal consideración y con base en el marco programático presupuestal para 2015 y en particular la partida 3341 y 3342, correspondiente a los servicios de capacitación a servidores públicos, será **administrada** por esta Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental, dicha administración consiste exclusivamente en la **Autorización y Visto Bueno** del uso del recurso disponible, quedando como responsabilidades de las dependencias y entidades el trámite y gestión que de esto se derive.

La centralización de las partidas 3341 Servicios de Capacitación y 3342 Capacitación en materia de PbR/SED, sólo aplica para las dependencias y entidades que cuenten en su presupuesto de egresos con dichas partidas, mismas que podrán solicitar para la impartición o participación en los eventos de capacitación en las siguientes modalidades: curso, conferencia, seminario y diplomado, con base en los **LINEAMIENTOS PARA EJERCER RECURSOS DE SERVICIOS DE CAPACITACIÓN A SERVIDORES PÚBLICOS-**

### **Programa anual de capacitación 2015.**

Independientemente a la centralización de la partida 3341, la Dirección de Capacitación y Desarrollo Administrativo seguirá operando el programa anual de capacitación con presupuesto de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental. En dicho Programa se promoverá el desarrollo humano, se fomentará la certificación y la nueva cultura ética y de servicio comprometido en los servidores públicos, propiciando de esa manera la profesionalización. El programa tendrá como soporte el diagnóstico de las necesidades de capacitación detectadas en las diversas áreas de las entidades administrativas del Ejecutivo Estatal.

La capacitación que se planeará y organizará tendrá como objetivo:

1. Actualizar y perfeccionar los conocimientos, habilidades, actitudes y aptitudes de los trabajadores para incrementar la productividad y mejorar la atención a los ciudadanos.
2. Fomentar la certificación de los servidores públicos de las Dependencias y Entidades gubernamentales.
3. Fomentar en los servidores públicos una nueva cultura ética y de servicio comprometido.

Las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, deberán coordinarse con la Dirección de Capacitación y Desarrollo Administrativo a efecto de proporcionarle capacitación a su personal, siendo el Coordinador Administrativo el responsable de coadyuvar con la Dirección de Capacitación y Desarrollo Administrativo en la detección de necesidades de capacitación y también el responsable directo de promover la participación de los servidores públicos en los cursos que se impartan.

La Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental a través de la Dirección de Capacitación y Desarrollo Administrativo enviará a las Dependencias y a las Entidades el Programa Mensual de Capacitación, con la finalidad de hacerlo extensivo a su personal. El Coordinador Administrativo deberá remitir el formato "Solicitud de Inscripción", **DCDA-PC-01** (Anexo 66) debidamente requisitado, dentro de la fecha límite señalada en el Programa.

Los cursos iniciarán puntualmente de acuerdo al horario asignado y el participante deberá registrarse al iniciar la sesión de capacitación en la lista de asistencia.

Los servidores públicos, que asistan a la capacitación, que cumplan con el cien por ciento de asistencia y con los demás requisitos establecidos, tendrán derecho a recibir la constancia correspondiente del curso.

Los servidores públicos que participen en los cursos de capacitación estarán obligados a:

- I. Ajustarse a la calendarización de las actividades programadas para su capacitación;
- II. El Coordinador Administrativo deberá enviar mediante oficio a la Dirección de Capacitación y Desarrollo Administrativo el formato **DCDA-PC-01** (Anexo 66) "Solicitud de Inscripción", el cual una vez sellado por la Dirección, indicará que el trabajador ha quedado formalmente inscrito en el evento solicitado; y deberá,
- III. Asistir con puntualidad, en la fecha y lugar que se señale, a los cursos, conferencias, seminarios y diplomados y demás actividades que formen parte del proceso de capacitación y desarrollo humano.

La impuntualidad o inasistencia de un servidor público a la actividad programada, deberá justificarla el Coordinador Administrativo y/o el jefe inmediato; en caso contrario, será considerada como falta para efectos laborales.

En los casos de cancelación de inscripciones, el Coordinador Administrativo deberá notificarlo por escrito a la Dirección de Capacitación y Desarrollo Administrativo antes de la fecha de inicio del evento. De no presentarse la notificación de cancelación, la inasistencia del inscrito al curso, se tomará como falta y se procederá conforme a los casos de inasistencia que se mencionan en el párrafo anterior.

- IV Permanecer en el lugar señalado para la capacitación, durante el horario establecido para la misma;
- V. Atender las indicaciones de quienes impartan la capacitación y cumplir con los programas respectivos;
- VI. Presentar los exámenes de evaluación de conocimientos y aptitudes que sean requeridos.

El Coordinador Administrativo se encargará de proporcionar a la Dirección de Capacitación, y Desarrollo Administrativo, mediante el formato "Control Mensual de la Capacitación Externa", **DCDA-PC-02 (Anexo 67)**, la información relativa a eventos de Capacitación que la Dependencia u Organismo en forma directa ha coordinado.

## **PROGRAMA DE ORGANIZACIÓN INTEGRAL**

Las dependencias y entidades de la Administración Pública Estatal deberán coordinarse con la Dirección de Capacitación y Desarrollo Administrativo a efecto de designar a un responsable interno quien fungirá como enlace ante esta Secretaría para la elaboración y/o actualización del manual de organización, apegándose a los Lineamientos para la Elaboración del Manual de Organización de las Dependencias y Entidades de la Administra-

ción Pública Estatal establecidos por la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental.

La Dirección de Capacitación y Desarrollo Administrativo planeará y organizará la capacitación y asesorías necesarias para que las dependencias y entidades, a través de sus responsables internos elaboren su manual de organización.

Concluido satisfactoriamente el documento, la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental emitirá el oficio y cédula de **Autorización** del manual de organización a los titulares de dependencias y entidades que hayan concluido su documento con apego a los lineamientos establecidos.

### **Servicios de Tecnologías de Información**

Las dependencias que requieran ampliar, modificar o de nuevos servicios en materia de Tecnologías de Información deberán solicitar la autorización previa a la a Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental; a través de la Subsecretaría de Innovación Gubernamental, quien será la única encargada de valoración técnica de los servicios solicitados las cuales deberán en todo momento contemplar los siguientes aspectos: la simplificación de los procesos administrativos, la mejora de la calidad de los servicios y facilitar o acercar los servicios a la ciudadanía; quedando sujetos a esta autorización las siguientes partidas:

- 3161 Servicios de telecomunicaciones y satélites
- 3171 Servicios de acceso de Internet, redes y procesamiento de información
- 3191 Servicios integrales de telecomunicación y otros servicios
- 3331 Servicios de consultoría administrativa, procesos, técnica, en tecnologías de la información
- 3531 Instalación, reparación y mantenimiento de equipo de cómputo y tecnologías de la información
- 3661 Servicio de creación y difusión de contenido exclusivamente a través de internet

La Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental; a través de la Dirección de Recursos Materiales en coordinación con la Dirección de Informática e Innovación, será la única facultada para realizar la licitación y contratación del servicio anual para el mantenimiento preventivo-correctivo a los bienes informáticos propiedad del Gobierno del Estado, procedimiento que se sujetará a lo estipulado por la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Prestación de Servicios Relacionados con Bienes Muebles del Estado de Campeche y a la Ley de Presupuesto de Egresos del Gobierno del Estado de Campeche para el Ejercicio Fiscal de 2015. Asimismo proporcionará a los Coordinadores Administrativos de cada Dependencia y Entidad el calendario, el nombre del proveedor, su dirección, teléfono y medios de comunicación entre la Dependencia y el proveedor.

En la comunicación electrónica entre las diversas Dependencias que conforman el Poder Ejecutivo del Estado, así como los servicios de Internet , correo electrónico (e-mail) intercambio de información entre sistemas de datos, e Infinitum, se deberá utilizar la infraestructura actual del Sistema de Red Electrónica del Estado de Campeche REDECAM que

está a cargo de la Dirección de Informática e Innovación de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental, siendo la única facultada para autorizar la renovación de los contratos ya existentes **por renta de enlaces de telecomunicación**; este servicio de comunicación electrónica y demás que se mencionan anteriormente corresponden a la partida 3161 Servicios de Telecomunicaciones y satélites.

Para la solicitud de nuevos servicios, los Coordinadores Administrativos deberán solicitar su autorización a la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental, indicando los importes mensuales a pagar, la clave presupuestal, el nombre del proveedor, y tener suficiencia presupuestal para la contratación de los servicios a través del formato "Solicitud de Enlaces de Telecomunicaciones" DII-02 (Anexo 70). La Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental autorizará las solicitudes recibidas para nuevas contrataciones previo análisis técnico realizado por la Dirección de Informática e Innovación valorando en todo momento el costo-beneficio que estos servicios proporcionaran y realizará las recomendaciones de equipamiento y cableado estructurado que se requiera para la instalación de los servicios, mismos que deberá cumplir la Dependencia solicitante antes de la instalación de los servicios.

En marco de la Ley General de Contabilidad Gubernamental, toda contratación nueva que no esté dentro del Presupuesto de Egresos 2015 autorizada por el congreso del Estado, deberá generarse una orden de compra por parte de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental, por lo que la Dependencia solicitante deberá de informar, como se indica en el párrafo anterior, la clave presupuestal donde se aplicarán los recursos de la nueva contratación; estos recursos deberán preverse desde el momento de la contratación hasta finalizar el ejercicio presupuestal, para tal fin la Dependencia realizará las gestiones necesarias para darle solvencia presupuestal a su solicitud, ya que de acuerdo a la Ley General de Contabilidad Gubernamental esta solicitud generará un compromiso de pago al Gobierno del Estado; y desde el momento de la generación de la orden de compra se deberán realizar los registros presupuestales y contables.

Sólo con las órdenes de compra autorizadas por la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental los proveedores podrán iniciar el proceso de adquisición e instalación de los servicios y al término de la instalación de los mismos, a satisfacción de la Dependencia se podrá recibir las facturas de proveedor; la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental realizará el proceso de trámite de pago ante la Secretaría, por lo cual la documentación deberá ir acompañada con un acta de entrega a satisfacción de los servicios a la Dependencia solicitante, misma que deberá estar firmada por el responsable informático de la Dependencia que validará las funcionalidades técnicas, y el coordinador administrativo que avala la gestión de los recursos presupuestales requeridos.

Respecto a los mantenimientos preventivos para dos o más equipos de cómputo, deberá solicitarse mediante oficio a través del <http://www.apps.campeche.gob.mx> en la aplicación de Gestión Documental Electrónica (appGDE); dicho oficio se entregará en las oficinas de la Dirección de Informática e Innovación para el trámite que corresponda.

Referente a los mantenimientos correctivos de los equipos de cómputo, deberá solicitarse a través del <http://www.apps.campeche.gob.mx> en la aplicación (appCuenta-Mis Resguardos).

## Mantenimiento y Conservación de Vehículos

Las Dependencias de la Administración Pública Estatal deberán solicitar el servicio de mantenimiento de los vehículos de su plantilla vigente a través del Sistema Web App Vehicular (<http://www.apps.campeche.gob.mx/>) mediante el formato DRMyCP-14 (Anexo 65) "Solicitud de Mantenimiento Vehicular".

El Coordinador Administrativo de la Dependencia presentará la "Bitácora Mensual de Vehículos" debidamente requisitada, en el concepto donde se describen los gastos de mantenimiento del último trimestre, mediante el formato DRMyCP-07 (Anexo 58) generado a través del Sistema Web App Vehicular (<http://www.apps.campeche.gob.mx/>); el cual se adjuntará al oficio de solicitud mismo que deberá remitirse a la Dirección de Recursos Materiales y Control Patrimonial.

La Dirección de Recursos Materiales y Control Patrimonial no atenderá ninguna solicitud de mantenimiento, si no se presenta los formatos señalados y debidamente requisitados.

La Dirección de Recursos Materiales y Control Patrimonial, es el área responsable de expedir el formato "Orden de Servicio de Mantenimiento Vehicular", DRMyCP-08 (Anexo 59), generándola a través del Sistema Web App Vehicular (<http://www.apps.campeche.gob.mx/>), cuando la disponibilidad de los recursos asignados a la Dependencia cubra el importe del servicio solicitado.

En el caso de que la orden de servicio DRMyCP-08 (Anexo 59) no se ajuste a lo requerido o presente anomalías, la dependencia o entidad receptora de la misma deberá comunicar tal situación a la Dirección de Recursos Materiales y Control Patrimonial para los efectos que procedan, en un término no mayor a 3 días hábiles contados a partir de su recepción. En caso de existir servicios adicionales inherentes al primero, la dependencia deberá solicitar en un plazo de 3 días hábiles los servicios o adquisiciones adicionales a esta Dirección administrativa.

Las dependencias y entidades darán aviso a la Dirección de Recursos Materiales y Control Patrimonial de la recepción de los servicios solicitados, y deberán verificar que los proveedores de servicios cumplan los términos requeridos en los tiempo de entrega y condiciones establecidas. El proveedor deberá expedir un recibo en hoja membretada, donde conste además de la descripción de los servicios proporcionados, la descripción del vehículo, placa, modelo y número económico, el nombre y la firma del servidor público autorizado, anexando la factura correspondiente.

Para iniciar el trámite de pago, el proveedor deberá presentar los siguientes requisitos:

- Dictamen técnico o Diagnóstico, en los casos que sean requeridos.

- Presupuesto o Cotización de las adquisiciones o servicios proporcionados, debidamente requisitado.
- Recibo de hoja membretada de los servicios proporcionados debidamente requisitado y copia de identificación del servidor público que recibió de conformidad.
- Factura electrónica impresa, enviando por correo electrónico los archivos en formato xml y pdf de la factura a la Dirección de Recursos Materiales y Control Patrimonial de acuerdo a disposiciones de la SHCP.

Será responsabilidad de los Coordinadores Administrativos mantener en óptimas condiciones y en operación todos los vehículos adscritos a su Dependencia.

Para atender las solicitudes de servicios de mantenimiento preventivo y/o correctivo para vehículos de apoyo, adquiridos mediante programas federales o en comodato al Gobierno del Estado; las dependencias deberán enviar plantilla vehicular de las mismas, debidamente requisitada por el Coordinador administrativo con el visto bueno del Titular de la Dependencia; y los gastos generados serán aplicados a las partidas correspondientes de su presupuesto autorizado.

### **Controles Administrativos**

Será responsabilidad de los Coordinadores Administrativos, establecer controles en materia de Servicio Telefónico; Mantenimiento y Conservación de Mobiliario y Equipo, así como del Servicio de Fotocopiado y Comprobación de Viáticos y Pasajes y en general en aquellos gastos susceptibles de controlarse.

### **3.4. Transferencias y Subsidios**

Son asignaciones que el Gobierno del Estado otorga para el desarrollo de actividades prioritarias de interés general, a través de las dependencias, a los diferentes sectores de la sociedad, con el propósito de apoyar sus operaciones, mantener los niveles en los precios, apoyar el consumo, la distribución y comercialización de los bienes, motivar la inversión, cubrir impactos financieros; se atiende a los sectores dedicados a la Salud, Educación, Cultura y Recreación a través de Organismos creados para tal fin; se apoya el fomento a las actividades productivas de tipo industrial, comercial, agropecuario, desarrollo rural, pesquero y turístico, por medio de subsidios o de aportaciones a fideicomisos, asociaciones, convenios o cualquier otro mecanismo; el sector social también se ve beneficiado por medio de jubilaciones y pensiones, pago de funerales, becas, premios, donativos y otras formas.

El **Capítulo 4000 Transferencias, Asignaciones, Subsidios y Otras Ayudas** incluye los recursos destinados a los Poderes Legislativo y Judicial, Órganos Públicos Autónomos

mos, organismos desconcentrados y descentralizados, las Participaciones que por concepto de recaudación de impuestos federales se transfieren a los Municipios del Estado.

Son asignaciones destinadas en forma directa o indirecta a los sectores público, privado y externo, organismos y empresas paraestatales de apoyos como parte de su política económica y social, de acuerdo a las estrategias y prioridades de desarrollo para el sostenimiento y desempeño de sus actividades.

Para su ejercicio se deberá aplicar la normatividad vigente.

### **Transferencias y Subsidios**

Las Transferencias son los recursos autorizados en el Presupuesto de Egresos del Estado, que se otorgan a través de las unidades ejecutoras del gasto para apoyar el desarrollo de actividades prioritarias de interés general como son: proporcionar a los consumidores los servicios y bienes básicos a precios y tarifas por debajo de los de mercado o de los costos de producción, la inversión, la innovación tecnológica o el uso de nueva maquinaria compensando costos de producción, de distribución y otros costos.

Son Subsidios los recursos estatales previstos en el Presupuesto de Egresos del Estado que se asignan a las Entidades apoyadas, para el desarrollo de sus actividades y funciones tendientes al cumplimiento de los programas prioritarios y estratégicos del Gobierno del Estado.

Para el otorgamiento y aplicación de estos recursos se deberá observar lo establecido en la Ley de Presupuesto de Egresos del Estado vigente.

- El ejercicio de estos recursos se ajustará a los calendarios de gasto autorizados.
- Las Entidades solicitarán a través del Sistema a la Secretaría la ministración mensual, de acuerdo al Presupuesto Autorizado para su pago a través de la Subsecretaría de Egresos.

Las Dependencias coordinadoras de sector deberán en forma previa, analizar la información referente al avance programático presupuestario, al ejercicio real y a la disponibilidad en el Presupuesto autorizado, así mismo verificar que no existan recursos ociosos o invertidos en operaciones financieras no autorizadas.

Las Dependencias coordinadoras de sector o la Secretaría, podrán suspender la ministración de las transferencias y subsidios cuando las Entidades no remitan la información solicitada en los términos y plazos establecidos en las disposiciones aplicables.

- Las Entidades deberán llevar un cuidadoso registro y control del ejercicio de su Presupuesto sujetándose a los compromisos reales de pago y atendiendo a lo que disponga la Subsecretaría de Programación y Presupuesto.
- Los recursos que al 31 de diciembre no se hayan devengado, ni ejercidos serán considerados como ahorros y economías presupuestales, deberán reintegrarse a la Subsecretaría de Egresos durante los primeros 5 días hábiles del mes de enero inmediato siguiente.
- Las Entidades deberán observar que el ejercicio de su Presupuesto por concepto de pagos al personal se ajuste a la asignación autorizada dentro del Capítulo 1000 Servicios Personales y a la normatividad que establezca la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental.
- Las Entidades deberán enviar un informe por clave presupuestal de la aplicación de su Presupuesto de acuerdo a los términos que establezca la Secretaría, a efecto de consolidarse con la Cuenta Pública del Estado.

Las Dependencias y Entidades que otorgan apoyo deberán informar a la Subsecretaría de Egresos cualquier modificación a los mismos.

Las variaciones que impliquen una adecuación presupuestaria serán autorizadas previo análisis por la Secretaría.

La fecha límite para realizar transferencias será la que comunique en su momento la Secretaría.

### **Ayudas y Donativos**

- Las ayudas y donativos en dinero que otorga la Administración Pública Estatal consiste en las asignaciones de recursos destinados al apoyo de los diferentes sectores de la población e instituciones sin fines de lucro, así como a los familiares de los servidores públicos fallecidos de las Dependencias y Entidades. Estos recursos serán los comprendidos en el Presupuesto de Egresos del Estado.
- En el ejercicio de las ayudas y donativos en dinero las Dependencias y Entidades deberán ajustarse a lo establecido en el decreto de Presupuesto de Egresos del Estado e identificar las erogaciones con cargo a las partidas presupuestarias del concepto de ayudas en el Clasificador por Objeto del Gasto.
- Las ayudas que se otorgan a la población como servicios asistenciales y apoyos comunitarios se comprobarán mediante recibo en el que se especifique el motivo de su asignación, anexando fotocopia de ambos lados de la credencial de elector del beneficiario.
- Los pagos de las ayudas que no estén considerados en el Presupuesto, el Titular de la Dependencia, deberá solicitar a la Secretaría la autorización para su aplicación.

- Los pagos de defunción que se otorguen con motivo de fallecimiento del personal o pensionados, que afecten el Erario del Estado se efectuarán a favor de los familiares que realicen los gastos de sepelio con cargo al Presupuesto de la Dependencia de adscripción.
- Los donativos en dinero que se otorguen serán únicamente los que contribuyan a la consecución de los objetivos de los programas aprobados y que se consideren de beneficio social; identificando con precisión a la población objetivo, garantizar que los recursos se canalicen a dicha población, evitando su distracción entre aquellos miembros de la sociedad que no los necesitan.
- Incorporar mecanismos periódicos de seguimiento, supervisión y evaluación que permitan ajustar las modalidades de su operación o decidir sobre su terminación.

### 3.5. Bienes Muebles, Inmuebles e Intangibles

Los conceptos de gasto que se utilizan en las partidas que integran el **Capítulo 5000 Bienes Muebles, Inmuebles e Intangibles**, corresponden a la adquisición de Mobiliario y Equipo de Administración, de Computación, Vehículos y Equipos de Transporte, ya sea destinadas a la administración o al apoyo de las actividades productivas; maquinaria y equipo agropecuario, pesquero y forestal, y equipos diversos.

La Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental recibirá los requerimientos de los bienes de capital que soliciten las Dependencias y Entidades, mediante el formato "Solicitud para la Adquisición de Bienes Muebles Capítulo 5000", DRMyCP-09 (Anexo 60), para validar su factibilidad, y en su caso, autorizar la adquisición según se establece en la circular 027, sin excepción el proceso de compra será a través de la Secretaría Administración e Innovación Gubernamental.

Las **Entidades** que requieran bienes cuya clasificación sea cualquier partida del **Capítulo 5000 Bienes Muebles, Inmuebles e Intangibles** deberán prever la disponibilidad de los recursos en sus correspondientes presupuestos.

Para el ejercicio de estas partidas las Dependencias y Entidades deberán:

- Respetar el calendario mensual de su presupuesto.
- Las Dependencias solicitarán a la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental, mediante requisiciones, el mobiliario y equipo especificando:
  - A. La cantidad, descripción del bien considerando sus características y especificaciones técnicas;
  - B. Cuando el producto deba ser de una marca determinada, deberá anexar la justificación en la que base su solicitud, para los efectos que señala la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Prestación de Servicios relacionados con Bienes Muebles del Estado de Campeche; y

C. Utilizar la partida presupuestal correcta a la que será cargada la adquisición, verificando que exista suficiencia presupuestal.

- Acompañar su solicitud de una justificación amplia de la adquisición del producto.

Las dependencias o entidades serán responsables de:

1.- Revisar la orden de compra que le sea remitida por la Dirección de Recursos Materiales y Control Patrimonial, verificando que se ajuste a su solicitud, así como entregar el documento con oportunidad al proveedor seleccionado, para evitar variación en precios, recabando en el acto, en una copia del documento: fecha, nombre y firma del proveedor o su representante legal y sello de la empresa. El original de esta constancia deberá ser remitido por la Dependencia o Entidad a la Dirección de Recursos Materiales y Control Patrimonial, en el plazo de dos días contados a partir de su recepción por el proveedor.

En caso de que la orden de compra o servicio no se ajuste a lo requerido o presente anomalías, la dependencia o entidad receptora de la misma deberá comunicar tal situación a la Dirección de Recursos Materiales y Control Patrimonial para los efectos que procedan, en un término no mayor a 10 días hábiles contados a partir de su recepción.

2.- Recibir los bienes adquiridos y verificar que se entreguen por los proveedores en las cantidades, características, especificaciones, tiempos de entrega y demás condiciones y términos establecidos en los pedidos. Así mismo, se cerciorarán de que, en su caso, se adjunten los manuales de operación y mantenimiento, así como las garantías de fabricación y operación de los bienes.

3.- Dar aviso a la Dirección de Recursos Materiales y Control Patrimonial, de la recepción de los bienes adquiridos en un término de 5 días hábiles contados a partir de la fecha en que lo hubieren recibido, mediante oficio en el que señalen y adjunten: número de la orden de compra o contrato, fecha de recepción de los bienes, recibo emitido por el proveedor donde se detalle su descripción pormenorizada, además de indicar el nombre del servidor público a cuyo cargo estará su reguardo. Este recibo indefectiblemente deberá acompañar al documento de la factura.

4.- En caso del reemplazo de un bien por garantía, dar aviso a la Dirección de Recursos Materiales y Control Patrimonial cuando el bien sea reemplazado por el proveedor; con la finalidad de hacer las anotaciones en el Sistema Integral de Inventarios (S.I.I.) en base a documento que expida el Proveedor donde indique el cambio.

Para efecto de lo anterior, será obligación de los servidores públicos notificar al Coordinador Administrativo o similar de cada Dependencia, acerca de los bienes que les sean entregados para el desarrollo de sus funciones.

Los Coordinadores Administrativos o similares de las Dependencias o Entidades serán los responsables de verificar que cada una de las facturas de los bienes comprendidos en el capítulo 5000 contengan el (los) recibo(s) emitido(s) por el proveedor donde conste de manera detallada: la descripción completa de cada uno de los bienes, marca, modelo y número de serie, nombre y firma del servidor que haya recibido los bienes, que en todos los casos deberán coincidir con la descripción de los bienes especificados en la facturación; así como que éstos documentos no contemplen costos de instalación, configuración, puesta en marcha o cualquier concepto diferente a los propios bienes.

Toda petición del capítulo 5000 será a través de la Dirección de Recursos Materiales y Control Patrimonial sin excepción, siempre que la operatividad justifique la adquisición urgente de los bienes muebles e inmuebles, la dependencia solicitante deberá regularizar a la brevedad posible el pago a través del sistema de presupuesto.

Serán restringidas las solicitudes para realizar adquisiciones de vehículos terrestres, aéreos, marítimos y bienes muebles. En los casos excepcionales deberán contar con previa autorización de la Secretaría.

La adquisición de equipo de cómputo se realizará bajo criterios de racionalidad y compatibilidad con los equipos existentes, y solamente bajo estricto análisis, supervisión, y autorización de la Dirección de Informática e Innovación Gubernamental, de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental.

Deberán diseñarse mecanismos para realizar compras consolidadas en materia de informática para establecer convenios con fabricantes o distribuidores buscando el abasto oportuno al mejor precio. Asimismo, deberá capacitarse al personal para el manejo de equipos de cómputo, para racionalizar su uso y dotar de este equipo solamente al personal que lo requiera.

Se debe restringir el uso innecesario de las impresoras y el papel, y controlar los horarios de uso de los equipos de cómputo, para la reducción de costos, así mismo, se deberán de observar las siguientes medidas en el uso de equipo de cómputo:

- No se deberán utilizar los equipos computacionales como máquinas de juegos; esto incluye utilizar software de juegos o acceder a servicios que impliquen el uso de juegos interactivos.
- No se deberán copiar o descargar e instalar software cuya licencia de uso lo prohíba.

- Queda prohibido alterar el software instalado en el equipo computacional, e intentar quebrantar las políticas de seguridad del sistema operativo.
- El equipo computacional deberá utilizarse como herramienta de apoyo para labores propias del personal de las unidades, ya sea en las salas destinadas como recinto de este equipo, como a través de servicios de comunicación remota.
- El uso del equipo computacional es exclusivo para el personal de las unidades. Cualquier persona que no esté considerada como tal y que desee hacer uso del equipo computacional será responsabilidad del personal quien tiene resguardado el equipo mencionado.
- Se deberá promover la instalación del Software corporativo del Gobierno del Estado a fin de no incurrir en gastos innecesarios; así mismo, se prohíbe el uso de Software que no cuente con una licencia autorizada.

Las Dependencias y Entidades que requieran adquirir equipo de cómputo y sus accesorios, deberán enviar su solicitud a la Dirección de Informática e Innovación Gubernamental adscrita a la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental, la cual deberá realizar el análisis, supervisión y autorización técnica, mediante el formato "Solicitud para la Adquisición de Equipos de Cómputo y/o Periféricos", DII-01 (Anexo 69), así mismo anexando el formato "Solicitud para la Adquisición de Bienes Muebles Capítulo 5000", DRMyCP-09 (Anexo 60) debidamente llenado y firmado; esta dirección remitirá toda la documentación de conformidad a la Dirección de Recursos Materiales y Control Patrimonial para validar disponibilidad presupuestal y realizar su adquisición.

Cabe señalar que este capítulo está restringido, cualquier erogación que realicen las Dependencias y Entidades y que no estén considerados en el presupuesto deberán ser autorizados previamente por la Secretaría.

Las adquisiciones, arrendamientos y prestaciones de servicios relacionados con bienes muebles que realice la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental en el ejercicio de sus atribuciones, mediante las modalidades de concurso por invitación a cuando menos tres personas y de licitación pública, en sus etapas de junta de aclaraciones, evaluación y dictamen de las proposiciones técnicas será necesario la participación del área técnica o usuario de los bienes, arrendamientos o servicios objeto de la contratación, a fin de que se resuelva las dudas y planteamientos de los licitantes sobre los aspectos técnicos del contenido de la convocatoria, así como la de analizar y evaluar técnicamente las proposiciones recibidas.

En caso de que no se lleve a cabo la participación del área técnica o del área requirente, en las etapas de los procedimientos de contrataciones anteriormente mencionadas, la Se-

cretaría de Administración e Innovación Gubernamental, lo hará del conocimiento del titular del Órgano Interno de Control de la Dependencia o Entidad de que se trate.

### 3.6. Obra Pública

#### Conceptos Generales

Se considera Obra Pública todo trabajo que tenga por objeto crear, construir, conservar, demoler o modificar bienes inmuebles, que son propiedad o están en usufructo del Gobierno del Estado.

Quedan comprendidas dentro del **Capítulo 6000 Inversión Pública** las asignaciones destinadas a obras por contrato, proyectos productivos y acciones de fomento. Incluye los gastos en estudios de pre inversión y preparación de proyectos.

En la elaboración del programa de cada obra con recurso estatal, así como los Fondos de Aportaciones Federales establecidos en el Capítulo V de la Ley de Coordinación Fiscal, a los que se les aplica normatividad local pero que no pierden su carácter federal, se deberá prever los plazos necesarios para la formulación de los estudios y proyectos arquitectónicos y de ingeniería, así como los requeridos para llevar a cabo las acciones de convocar, licitar, contratar y ejecutar los trabajos conforme a lo dispuesto en la Ley de Obras Públicas del Estado de Campeche y su Reglamento.

En los casos de obras cuya ejecución rebasa un ejercicio fiscal, el presupuesto de inversión de cada uno de los años subsecuentes, se formulará bajo las condiciones de costos que rijan en el momento de la formulación del proyecto de presupuesto anual que se está elaborando, según se establece en el Art 12 del Reglamento de la Ley de Obras Públicas del Estado de Campeche.

**De la Contratación y Ejecución** (Artículo 25 Ley de Obras Públicas del Estado de Campeche).

Para dar inicio a los trabajos de las obras públicas será necesario cumplir las siguientes disposiciones:

- 1.- Las obras deben estar incluidas en el programa de inversión **autorizado** para cada Dependencia y Entidad (artículo 26 de la Ley de Control Presupuestal y Gasto Público del Estado de Campeche).
- 2.- Se cuente con los estudios y proyectos, las normas y especificaciones de construcción, el presupuesto, el programa de ejecución y en su caso, el programa de suministro.
- 3.- Cumplir con los trámites y gestiones complementarios conforme a disposiciones federales, estatales y municipales, en materia de desarrollo urbano, construcción, protección al ambiente y equilibrio ecológico, y las demás aplicables.

Los contratos de obras públicas con recurso estatal, así como los Fondos de Aportaciones Federales establecidos en el Capítulo V de la Ley de Coordinación Fiscal, a los que se les aplica normatividad local pero que no pierden su carácter federal, se adjudicarán o llevarán a cabo a través de **licitaciones públicas**, por **invitación a cuando menos tres contratistas** o **adjudicación directa**, de conformidad con lo que señalen los artículos 26 y 30 de la Ley de Obras Públicas del Estado de Campeche.

Las Dependencias y Entidades comunicarán a la Secretaría y a la Contraloría de las obras contratadas, dentro de los 10 días hábiles siguientes a la fecha de inicio de los trabajos, (Artículo 37 Ley de Obras Públicas del Estado de Campeche).

### **Modalidades de Ejecución**

Las Dependencias y Entidades podrán ejecutar la obra pública de dos formas por contrato y por administración directa.

#### **A. Contratación con Terceros**

Esta forma significa que a través de empresas especializadas, el Gobierno del Estado cumplirá con su obligación de dotar de infraestructura y servicios a la sociedad, para ello se han definido tres modalidades para celebrar contratos, con características y requisitos propios:

##### **– Adjudicación Directa**

- Se adjudicará a la persona física o moral que satisfaga los requisitos estipulados en la normatividad vigente.
- Bajo la entera responsabilidad de la Dependencia u Organismo ejecutor podrá adjudicar libremente una obra a las empresas que cumplan con la Ley de Obras Públicas del Estado de Campeche y su reglamento, y se considere la más adecuada, siempre y cuando la inversión no rebase los montos establecidos en el Presupuesto de Egresos del Estado de Campeche para el Ejercicio Fiscal 2015.

##### **– Concurso por invitación a cuando menos tres**

Se puede utilizar este procedimiento cuando la inversión autorizada para una obra, se encuentre en el rango que se establece en la fracción VI artículo 5 anexo 7 de la Ley de Presupuesto de Egresos del Estado de Campeche para el Ejercicio Fiscal 2015, siempre y cuando se **invite** por oficio a cuando menos tres contratistas, y se cumpla con el Artículo 30 de la Ley de Obras Públicas del Estado de Campeche.

Las Dependencias y Entidades preverán la participación en los concursos de la Contraloría, y a la Secretaría.

### **Licitación Pública**

Esta forma deberá seguirse **invariablemente**, cuando el monto presupuestado se encuentre en el supuesto que establece el fracción VI artículo 5 anexo 7 de la Ley de Presupuesto de Egresos del Estado de Campeche para el Ejercicio Fiscal 2015, para este efecto, se publicará en el periódico de mayor circulación en el Estado convocatoria a participar en el concurso, dando a conocer los datos generales del proyecto. (Artículo 27 Ley de Obras Públicas del Estado de Campeche).

## **B. La Dependencia u Organismo**

### **– Administración Directa**

- Son aquellas obras que ejecutan las Dependencias y Entidades solamente cuando tienen la capacidad técnica y los recursos humanos y materiales necesarios para el efecto, observando en todo momento la Ley de Obras Públicas del Estado de Campeche y su reglamento.

### **Requisitos**

- Deberá cumplirse con todos los requisitos que establece la Ley de Obras Públicas del Estado de Campeche y su reglamento, limitándose a los mínimos indispensables y sólo se autorizará esta modalidad cuando la naturaleza del proyecto, así como los recursos físicos y humanos de la Dependencia lo justifiquen plenamente, deberá darse prioridad a las obras a través de contratación con terceros.

### **Disposiciones Legales y Presupuestales**

Toda obra pública que se realice por **contrato** o **por administración directa** deberá de estar autorizada en el Presupuesto de Egresos del ejercicio fiscal correspondiente, quienes hagan compromisos de otra índole con contratistas al margen del presupuesto y de la Ley de Obras Públicas del Estado de Campeche y su reglamento transgreden la Ley Reglamentaria del Capítulo XVII de la Constitución Política del Estado de Campeche. Para evitar lo anterior, la Secretaría es la encargada de certificar, ante solicitud expresa de cualquier contratista, si la obra por la que participará se encuentra incluida en el Presupuesto de Egresos.

Para licitar la obra pública mediante convocatoria o concurso por invitación a cuando menos tres se exigirá a los interesados que cumplan lo señalado en la Ley de Obras Públicas del Estado de Campeche y su reglamento, además de presentar:

- Poder general del representante de la empresa, en caso de no ser socio.
- Registro del IMSS e INFONAVIT.

La Secretaría, reconocerá única y exclusivamente el importe que por convocatoria pública o concurso por invitación a cuando menos tres, se dictamine en el fallo correspondiente y en ningún caso cuando la Dependencia y el contratista celebren compromisos ajenos al ya establecido.

La dependencia u organismo podrá dentro del programa de inversión aprobado, bajo su responsabilidad y por razones fundadas y explícitas, modificar los contratos de obras públicas mediante convenios, siempre y cuando estos considerados, conjunta o separadamente, no rebasen el 25% del monto o del plazo pactado en el contrato ni impliquen variaciones sustanciales en el proyecto original. Dichas modificaciones se deberán informar a la Coordinación General del COPLADECAM, a la Secretaría, a la contraloría, y en su caso a la SDUOP, en un plazo no mayor de diez días hábiles, contados a partir de la fecha en que se hubiere formalizado la modificación. Artículo 38 Ley de Obras Públicas del Estado de Campeche.

La violación a estas disposiciones independientemente de responsabilidad penal y administrativa que diera lugar para los servidores públicos y contratistas, originará la nulidad de pleno derecho del contrato celebrado para la ejecución de la obra de que se trate, y **no será reconocido** ningún adeudo de los recursos que se hayan empleado para tal fin.

La ejecución de las obras públicas que realicen las dependencias y organismos, con cargo total o parcial a fondos aportados por la Federación conforme a los convenios entre el Ejecutivo Estatal y el Ejecutivo Federal, estará sujeta a las disposiciones de la Ley de Obras Públicas de la Federación. Art. 6 de la Ley de Obras Públicas del Estado de Campeche.

### 3.6.1. Registro

#### Requisitos programáticos-presupuestales

La Coordinación General del COPLADECAM recibirá de las dependencias u organismos, la solicitud de autorización del recurso de una obra o acción, para su validación.

La Coordinación General del COPLADECAM emitirá el oficio de **autorización**, a través del Sistema.

Las dependencias a las cuales se les autorice recursos deberán crear la clave presupuestal a la cual se aplicará el gasto y solicitar a la Secretaría su alta en el sistema, para proceder a la captura del anexo técnico y tramitar **su aprobación** ante la Coordinación General del COPLADECAM.

Los saldos de recursos autorizados y aprobados derivados de obras y acciones contratadas, invariablemente serán cancelados por la Coordinación General del COPLADECAM para su reprogramación en otras obras y/o acciones prioritarias, por lo tanto no podrán considerarse como ahorros o economías.

Los proyectos que constituyen el programa de inversión de las Dependencias y Entidades, deberán iniciarse en forma y tiempo, de acuerdo a lo autorizado en su Programa Operativo Anual, en el entendido de que el retraso injustificado en la ejecución de un proyecto, será motivo de **cancelación**.

### **Documentación**

Las dependencias u organismos deberán enviar a la Coordinación General del COPLADECAM copia del **expediente técnico simplificado** de la obra o acción, el cual debe contener:

1. Cédula de registro de obra y/o acción. (Anexo 02).
2. Información básica general. (Anexo 01).
3. Justificación técnica y/o socio-económica. (Anexo 03 y 05)
4. Memoria técnica descriptiva. (Anexo 03)
5. Presupuesto y validación técnica. (Anexo 03 y 05).
6. Programa calendario físico-financiero. (Anexo 07).
7. Solicitud de dictamen sobre el impacto ambiental. (Anexo 04).
8. Localización: Macro y Micro (Anexo 06).

La Coordinación General del COPLADECAM validará el anexo y emitirá el oficio de aprobación.

A cada obra o acción aprobada corresponderá un número de obra o acción único para efectos de identificación oficial, el cual será utilizado en todos los reportes subsecuentes a los que se haga referencia y demás ejercicios.

Para la cancelación de obras o acciones, ahorros presupuestales y reasignación de recursos, las Dependencias, Entidades y Municipios deberán enviar copia del expediente técnico modificado o definitivo, con la justificación correspondiente a la Coordinación General del COPLADECAM, donde se analizará y validará su procedencia conforme a las prioridades del Estado.

### **3.6.2. Ejercicio**

Una vez que se emite el oficio de aprobación de la obra o acción y se notifica al Titular de la Dependencia, Entidad o Municipio, deberán iniciar los trámites conforme a la modalidad de ejecución:

## **Contratada**

**Anticipo.-** El contratista o su representante legal entregarán la factura original por concepto de anticipo a la Dependencia, Entidad o Municipio ejecutor, por un monto igual al estipulado en el contrato de obra. El monto total del anticipo será descontado y amortizado de acuerdo a las cláusulas del contrato.

La Dependencia, Entidad o Municipio ejecutor enviará a la Secretaría la factura original acompañada del formato de ejercicio presupuestal emitido por el Sistema, copia de la fianza de anticipo, Contrato (documento jurídico) debidamente validado y el catálogo de conceptos ganador.

**Estimaciones.-** Los documentos que se deberán presentar para el trámite de pago, acompañados del formato del ejercicio presupuestal emitido por el Sistema son los siguientes:

- Factura original, Carátula de la estimación, Estado de cuenta y Resumen de la estimación.
- Copia fotostática de la fianza de cumplimiento del contrato.
- Complementariamente se deberá integrar el álbum fotográfico con los conceptos ejecutados de cada estimación.

Las deductivas deberán ser aplicadas por la Dependencia, Entidad o Municipio ejecutor, directamente en la solicitud de recursos. En el caso de los pari-passus con los municipios, estos deberán incluir los comprobantes del pago de las deductivas del 1 por ciento, 5 al millar y 2 al millar de la Cámara Mexicana de la Industria de la Construcción (CMIC) en su caso, de la parte correspondiente a su aportación en el trámite de pago de la Federación o del Estado.

## **Finiquito**

Las estimaciones finiquitas son aquéllas que se presentan al finalizar la obra, cuando ya se ha pagado hasta el 80% del contrato, deberán enviarse a la Secretaría para su pago.

Se deberá anexar el acta de entrega – recepción y copia de la fianza de vicios ocultos.

Las dependencias u organismos deberán enviar a la Coordinación General del COPLA-DECAM el expediente técnico definitivo de la obra o acción, a la conclusión de la misma.

Complementariamente los números generadores, cuerpo de la estimación, álbum fotográfico y acta de entrega-recepción de la obra o acción.

## Convenios

Los Convenios de Coordinación que suscriben las Dependencias y Entidades con el Gobierno Federal deberán incluirse en el Presupuesto de Egresos del Estado vigente.

- Para la liberación de los recursos deberán enviar el Convenio debidamente requisitado, así como el calendario de ministración de recursos de la aportación estatal y federal.
- En caso de concertar convenios que consideren aportación de recursos presupuestales estatales y no estén considerados en el Presupuesto de Egresos del Estado, deberán ser enviados a la Secretaría en forma previa, **para su revisión y en su caso, su autorización.**

### 3.7. Inversión y Fomento

El Capítulo **7000 Inversiones Financieras y Otras Provisiones**, agrupa a todas aquellas erogaciones que realiza la administración pública en la adquisición de acciones, bonos y otros títulos y valores; así como en préstamos otorgados a diversos agentes económicos. Se incluyen las aportaciones de capital a las entidades públicas; así como las erogaciones contingentes e imprevistas para el cumplimiento de obligaciones del gobierno.

**A. Concesión de Créditos.** Son asignaciones destinadas por el Gobierno Estatal a otorgar **Créditos** en forma directa o a través de fondos fideicomitidos, y que pueden ser destinados a los municipios, grupos organizados, particulares, empresas privadas y organismos descentralizados y empresas de participación estatal, obedeciendo la normatividad establecida por las instituciones correspondientes y en estricto apoyo a las políticas económicas y sociales contenidas en el Plan Estatal de Desarrollo.

Los créditos pueden ser destinados al apoyo de actividades productivas así como para la adquisición de toda clase de bienes muebles e inmuebles, para la construcción y reconstrucción de casas habitación; en cualquiera de sus formas y de su destino tienen un carácter de recuperabilidad.

**B. Adquisición de Valores.** Son los recursos que el Gobierno del Estado destina a la compra de todo tipo de valores fiduciarios, bonos, documentos, acciones y otros instrumentos legales de acuerdo con las normas establecidas. La adquisición de valores puede tener un doble objetivo:

- Apoyar empresas públicas o privadas a través de la adquisición de documentos, sin la finalidad de convertirse el Gobierno en copropietario, sino sencillamente ser tenedor de valores.

- Destina recursos en aquellos lapsos que el flujo de efectivo genera saldos positivos, a la adquisición de bonos y valores para obtener rendimientos, en beneficio de las finanzas públicas.
- Como puede apreciarse, las características de este Capítulo hacen que sea de uso exclusivo del Jefe del Ejecutivo a través de la Secretaría.

### 3.8. Erogaciones Extraordinarias

La asignación presupuestal del **Capítulo 7900 Provisiones para Contingencias y Otras Erogaciones Especiales**, tiene un carácter transitorio, en tanto se distribuye su monto entre las partidas específicas en que se ejercerán los recursos, están destinadas a cubrir erogaciones en bienes y servicios de interés general para el Estado y que por su naturaleza no fueron incluidas dentro de los presupuestos de las Dependencias y Entidades, dichas asignaciones pueden ser para Gasto Corriente o Inversión.

El uso de las partidas de este concepto debe ser el mínimo y sólo en casos plenamente justificados, puesto que el programa de trabajo de las Dependencias y Entidades debe ser lo suficientemente claro para cuantificar sus requerimientos y las partidas presupuestales en las que se pueden incluir. Su ejercicio se sujetará a las normas que al respecto establezca la Secretaría, en cada caso específico.

### 3.9. Deuda Pública

El **Capítulo 9000 Deuda Pública**, incluye las partidas por medio de las cuales el Gobierno del Estado, a través de la Secretaría, destina recursos para liquidar todos los compromisos generados por contraer pasivos con instituciones financieras y con particulares. Dichos compromisos son en términos generales:

- a) El pago de la propia **deuda, total o parcial**, según se haya pactado en los contratos correspondientes;
- b) Los **intereses** generados por el adeudo;
- c) Las **comisiones y gastos** derivados de los diversos créditos o financiamiento y;
- d) Los adeudos de ejercicios fiscales anteriores, relacionados directamente con las funciones, propias de la administración pública, tales como **sueldos**, prestaciones, **materiales**, suministros, **servicios** y **otros** adeudos pendientes.

## **CAPÍTULO IV.**

# **INFORMACIÓN FÍSICO-FINANCIERA DE LA EJECUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO**

## **IV. INFORMACIÓN FÍSICO-FINANCIERA DE LA EJECUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO.**

### **4.1. De la Información.**

#### **4.1.1 Avance de Gestión Financiera.**

A más tardar el 31 de julio del año en que se ejerza el presupuesto, el Ejecutivo del Estado, por conducto de la Secretaría, remitirá al H. Congreso del Estado el Informe de Avance de Gestión Financiera a que alude el artículo 127 de la Ley Orgánica del Poder Legislativo del Estado de Campeche, para efecto de lo establecido en el numeral 136 de la precitada Ley.

Los Poderes y los Órganos Públicos Autónomos elaborarán enviarán los informes de Avance de Gestión Financiera correspondientes a la Secretaría, a más tardar el día 15 de julio del año en que se ejerza el presupuesto del ejercicio fiscal en curso, para efectos de su debida incorporación al Informe de Avance de Gestión Financiera.

En la ejecución del gasto público estatal, los Fideicomisos Públicos no comprendidos en el Anexo 2 de la Ley de Presupuesto de Egresos del Estado para el ejercicio 2015, estarán obligados a proporcionar a la Secretaría la información en materia de gasto y sujetarse a las disposiciones de carácter general que al efecto emita.

Las entidades paraestatales deberán remitir de manera mensual a la Secretaría y a la Contraloría copia de sus Estados Financieros, así como un Informe Mensual de los Ingresos recaudados.

#### **4.1.2 Informe del Ejercicio Presupuestal.**

La Secretaría, en el marco de las atribuciones y conforme a los procedimientos establecidos, deberá generar información del ejercicio del presupuesto con el objeto de fiscalizar, verificar o evaluar la aplicación de los recursos asignados y los resultados de los programas gubernamentales.

- Reporte Analítico Trimestral del Ejercicio del Gasto por Ramo y Unidad.
- Reporte Trimestral del Ejercicio del Gasto por Ramo, Unidad y Capítulo de Gasto.
- Reporte Trimestral por Programa Presupuestario, Proyecto/Componente, Actividad por Ramo y Unidad.

#### **4.1.3 Informe de Avance Físico-Financiero y de Indicadores por Programa Presupuestario.**

Las Dependencias y Entidades deberán enviar a la Contraloría y a la Secretaría en los 15 días hábiles después de cada trimestre un informe del avance mediante el formato DP-05 "Reporte de Avance Físico-Financiero por Programa Presupuestario" (Anexo 16), que permitirán medir los avances físico-financieros relacionados con la aplicación de los recursos en el cumplimiento de sus objetivos y metas autorizados en el Presupuesto de Egresos vigente.

Estos formatos se generarán de la información capturada en el Sistema de Evaluación Integral (SEI), establecido por la Contraloría y deberán ser remitidos debidamente firmados a la Contraloría y a la Secretaría.

Asimismo, deberán enviar a la Contraloría y a la Secretaría el informe de avance de los indicadores de desempeño de sus programas presupuestarios; los cuales se generan del Sistema de Indicadores (S.I.), establecido por la Contraloría.

#### **4.1.4 Formato Único sobre Aplicación de Recursos Federales.**

Con relación a la aplicación de recursos federales, adicionalmente todas las dependencias y entidades paraestatales deberán realizar la captura de avance físico-financiero (aplicación de Recursos Federales) en el PASH (Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público), conforme a los plazos establecidos.

## **CAPÍTULO V. INTEGRACIÓN DE LOS ESTADOS FINANCIEROS DE EGRESOS**

## **V. INTEGRACIÓN DE LOS ESTADOS FINANCIEROS DE EGRESOS**

Derivado de lo establecido en la Ley General de Contabilidad Gubernamental, cuya observancia es obligatoria para los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial de la Federación, los estados y el Distrito Federal; los Ayuntamientos de los Municipios; las entidades de la administración pública paraestatal, ya sean federales, estatales o municipales y los órganos autónomos federales y estatales.

Los entes públicos aplicarán la contabilidad gubernamental para facilitar el registro y la fiscalización de los activos, pasivos, ingresos y gastos y, en general, contribuir a medir la eficacia, economía y eficiencia del gasto e ingresos públicos, la administración de la deuda pública, incluyendo las obligaciones contingentes y el patrimonio del Estado.

### **Registro Contable de las Operaciones**

La contabilidad gubernamental deberá permitir la expresión fiable de las transacciones en los estados financieros y considerar las mejores prácticas contables nacionales e internacionales en apoyo a las tareas de planeación financiera, control de recursos, análisis y fiscalización.

Se llevarán con base acumulativa. La contabilización de las transacciones de gasto se hará conforme a la fecha de su realización, independientemente de la de su pago, y la del ingreso se registrará cuando exista jurídicamente el derecho de cobro. Se deberá mantener un registro histórico detallado de las operaciones realizadas como resultado de su gestión financiera, en los libros diario, mayor, e inventarios y balances. Contener registros auxiliares que muestren los avances presupuestarios y contables, que permitan realizar el seguimiento y evaluar el ejercicio del gasto público y la captación del ingreso, así como el análisis de los saldos contenidos en sus estados financieros.

La contabilización de las operaciones presupuestarias y contables deberá respaldarse con la documentación original que compruebe y justifique los registros que se efectúen.

### **Información Financiera Gubernamental**

Los estados financieros y la información emanada de la contabilidad deberán sujetarse a criterios de utilidad, confiabilidad, relevancia, comprensibilidad y de comparación, así como a otros atributos asociados a cada uno de ellos, como oportunidad, veracidad, representatividad, objetividad, suficiencia, posibilidad de predicción e importancia relativa, con el fin de alcanzar la modernización y armonización que la Ley determina.

El consejo Nacional de Armonización Contable (CONAC) emitirá los lineamientos en materia de integración y consolidación de los estados financieros y demás información presupuestaria y contable que emane de las contabilidades de los entes públicos.

### **Consejo Nacional de Armonización Contable (CONAC)**

El órgano de coordinación para la armonización de la Contabilidad Gubernamental es el Consejo Nacional de Armonización Contable (CONAC), el cual tiene por objeto la emisión de las normas contables y lineamientos para la generación de información financiera que aplicarán los entes públicos, previamente formuladas y propuestas por el Secretario Técnico.

El CONAC desempeña una función única debido a que los instrumentos normativos, contables, económicos y financieros que emite deben ser implementados por los entes públicos, a través de las modificaciones, adiciones o reformas a su marco jurídico, lo cual podría consistir en la eventual modificación o expedición de leyes y disposiciones administrativas de carácter local, según sea el caso.

El Secretario Técnico será el encargado de publicar dicha información, asegurándose que cualquier persona pueda tener fácil acceso a la misma. Lo anterior cumple con la finalidad de proporcionar a la población una herramienta de seguimiento, mediante la cual se dé cuenta sobre el grado de cumplimiento de las entidades federativas y municipios. No se omite mencionar que la propia Ley de Contabilidad establece que las entidades federativas que no estén al corriente en sus obligaciones, no podrán inscribir obligaciones en el Registro de Obligaciones y Empréstitos.

Sometido a opinión del Comité Consultivo, el cual integro distintos grupos de trabajo, contando con la participación de entidades federativas, municipios, la Auditoría Superior de la Federación, las entidades estatales de Fiscalización, el Instituto para el Desarrollo Técnico

de las Haciendas Públicas, el Instituto Mexicano de Contadores Públicos, la Federación Nacional de la Asociación Mexicana de Contadores Públicos, la Comisión Permanente de Contralores Estados-Federación. Así como los grupos que integra la Comisión Permanente de Funcionarios Fiscales.

El 11 de Octubre de 2010 el Comité Consultivo hizo llegar al Secretario Técnico la opinión sobre el proyecto de Acuerdo por el que se emite el Manual de Contabilidad Gubernamental.

En virtud de lo anterior y con fundamento en los artículos 6 y 9 de la Ley de Contabilidad, el CONAC ha publica lo siguiente:

**Se emite el Manual de Contabilidad Gubernamental al que hace referencia el artículo tercero transitorio, fracción IV de la Ley de Contabilidad,** el cual se integra con los siguientes Capítulos:

- Capítulo I Aspectos Generales de la Contabilidad Gubernamental;
- Capítulo II Fundamentos Metodológicos de la Integración y Producción Automática de Información Financiera;
- Capítulo III Plan de Cuentas;
- Capítulo IV Instructivos de Manejo de Cuentas;
- Capítulo V Modelo de Asientos para el Registro Contable;
- Capítulo VI Guías Contabilizadoras;
- Capítulo VII Normas y Metodología para la Emisión de Información Financiera y Estructura de los Estados Financieros Básicos del Ente Público y Características de sus Notas;
- Anexo I Matrices de Conversión.

Dicho Manual en su capítulo VII Normas y Metodología para la Emisión de Información Financiera y Estructura de los Estados Financieros Básicos del Ente Público y Características de sus Notas, incorpora en forma integral la nueva versión ajustada y actualizada, misma que muestra los estados e información financiera (contable, presupuestaria, programática y económica) que debe generar cada ente público, en el marco de lo dispuesto en el artículo 46 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental.

### **Finalidad de los estados financieros.**

Estos estados tienen por finalidad realizar periódicamente el seguimiento del ejercicio de los egresos presupuestarios de tal forma que permita:

- Evaluar el impacto económico y social, así como el cumplimiento de los Planes de Desarrollo, en lo que pudiera corresponder;
- Coadyuvar al seguimiento y evaluación de la política fiscal;
- Evaluar los resultados de la política anual aprobada en materia de gasto público;
- Apoyar el proceso de control presupuestario;
- Facilitar el control de legalidad de las transacciones;
- Coadyuvar en la evaluación del desempeño institucional y de los funcionarios públicos.
- Suministrar la información periódica sobre los gastos que se requiera de acuerdo a la normatividad aplicable
- Apoyar el proceso de calendarización de los gastos y sus adecuaciones.
- Tomar, en los casos que sea necesario, medidas correctivas con oportunidad.

Dichos estados deben mostrar, a una fecha determinada del ejercicio del Presupuesto de Egresos, los movimientos y la situación de cada cuenta de las distintas clasificaciones, de acuerdo con los diferentes grados de desagregación de las mismas que se requiera, y para cada uno de los momentos contables de los egresos establecidos por la LGCG.

Para cumplir con los requerimientos anteriores en forma adecuada, se deben producir estados e informes agregados sobre el ejercicio del presupuesto de egresos.

Los estados e informes agregados, en general tienen como propósito aportar información pertinente, clara, confiable y oportuna a los responsables de la gestión política y económica del Estado para ser utilizada en la toma de decisiones gubernamentales en general y sobre finanzas públicas en particular, así como para ser utilizada por los analistas y la sociedad en general. Por su parte, los estados e informes, en general, son requeridos por las unidades administrativas que tienen a cargo la ejecución de programas y proyectos, por los ejecutores del gasto y por los encargados del análisis y la evaluación de la gestión del presupuesto de gastos.

De acuerdo a lo establecido por la LGCG y el CONAC, el registro de las etapas del presupuesto de los entes públicos deberá reflejar en lo relativo al gasto, el aprobado, modificado, comprometido, devengado, ejercido y pagado.

### **TIPOS DE ESTADOS E INFORMES SOBRE EL EJERCICIO DEL PRESUPUESTO DE EGRESOS**

#### **Estados e Informes agregados.**

Su finalidad es realizar periódicamente el seguimiento del ejercicio de los egresos presupuestarios. Dichos Estados deben mostrar, a una fecha determinada del ejercicio del Presupuesto de Egresos, los movimientos y la situación de cada cuenta de las distintas clasificaciones, de acuerdo con los diferentes grados de desagregación de las mismas que se requiera.

Los estados e informes agregados, en general, tienen como propósito aportar información pertinente, clara, confiable y oportuna a los responsables de la gestión política y económica del Estado para ser utilizada en la toma de decisiones gubernamentales en general y sobre finanzas públicas en particular, así como para ser utilizada por los analistas y la sociedad en general.

La clasificación de la información presupuestaria a generar será al menos la siguiente:

- a) Clasificación por Objeto del Gasto (Capítulo y Concepto).
- b) Clasificación Económica (por Tipo de Gasto).
- c) Clasificación Administrativa.
- d) Clasificación Funcional (Finalidad y Función).

**MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DEL EJERCICIO DEL PRESUPUESTO 2015**

| Nombre del Ente Público                                                   |          |                                |             |           |        |              |
|---------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------------------|-------------|-----------|--------|--------------|
| Estado Analítico del Ejercicio del Presupuesto de Egresos                 |          |                                |             |           |        |              |
| Clasificación por Objeto del Gasto (Capítulo y Concepto)                  |          |                                |             |           |        |              |
| Del XXXX al XXXX                                                          |          |                                |             |           |        |              |
| Concepto                                                                  | Egresos  |                                |             |           |        | Subejercicio |
|                                                                           | Aprobado | Ampliaciones/<br>(Reducciones) | Modificado  | Devengado | Pagado |              |
|                                                                           | 1        | 2                              | 3 = (1 + 2) | 4         | 5      |              |
| Servicios Personales                                                      |          |                                |             |           |        |              |
| Remuneraciones al Personal de Carácter Permanente                         |          |                                |             |           |        |              |
| Remuneraciones al Personal de Carácter Transitorio                        |          |                                |             |           |        |              |
| Remuneraciones Adicionales y Especiales                                   |          |                                |             |           |        |              |
| Seguridad Social                                                          |          |                                |             |           |        |              |
| Otras Prestaciones Sociales y Económicas                                  |          |                                |             |           |        |              |
| Previsiones                                                               |          |                                |             |           |        |              |
| Pago de Estímulos a Servidores Públicos                                   |          |                                |             |           |        |              |
| Materiales y Suministros                                                  |          |                                |             |           |        |              |
| Materiales de Administración, Emisión de Documentos y Artículos Oficiales |          |                                |             |           |        |              |
| Alimentos y Utensilios                                                    |          |                                |             |           |        |              |
| Materias Primas y Materiales de Producción y Comercialización             |          |                                |             |           |        |              |
| Materiales y Artículos de Construcción y de Reparación                    |          |                                |             |           |        |              |
| Productos Químicos, Farmacéuticos y de Laboratorio                        |          |                                |             |           |        |              |
| Combustibles, Lubricantes y Aditivos                                      |          |                                |             |           |        |              |
| Vestuario, Blancos, Prendas de Protección y Artículos Deportivos          |          |                                |             |           |        |              |
| Materiales y Suministros Para Seguridad                                   |          |                                |             |           |        |              |
| Herramientas, Refacciones y Accesorios Menores                            |          |                                |             |           |        |              |
| Servicios Generales                                                       |          |                                |             |           |        |              |
| Servicios Básicos                                                         |          |                                |             |           |        |              |
| Servicios de Arrendamiento                                                |          |                                |             |           |        |              |
| Servicios Profesionales, Científicos, Técnicos y Otros Servicios          |          |                                |             |           |        |              |
| Servicios Financieros, Bancarios y Comerciales                            |          |                                |             |           |        |              |
| Servicios de Instalación, Reparación, Mantenimiento y Conservación        |          |                                |             |           |        |              |
| Servicios de Comunicación Social y Publicidad.                            |          |                                |             |           |        |              |
| Servicios de Traslado y Viáticos                                          |          |                                |             |           |        |              |
| Servicios Oficiales                                                       |          |                                |             |           |        |              |
| Otros Servicios Generales                                                 |          |                                |             |           |        |              |
| Transferencias, Asignaciones, Subsidios y Otras Ayudas                    |          |                                |             |           |        |              |
| Transferencias Internas y Asignaciones al Sector Público                  |          |                                |             |           |        |              |
| Transferencias al Resto del Sector Público                                |          |                                |             |           |        |              |
| Subsidios y Subvenciones                                                  |          |                                |             |           |        |              |
| Ayudas Sociales                                                           |          |                                |             |           |        |              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| Pensiones y Jubilaciones<br>Transferencias a Fideicomisos, Mandatos y Otros Análogos<br>Transferencias a la Seguridad Social<br>Donativos<br>Transferencias al Exterior<br>Bienes Muebles, Inmuebles e Intangibles<br>Mobiliario y Equipo de Administración<br>Mobiliario y Equipo Educativo y Recreativo<br>Equipo e Instrumental Médico y de Laboratorio<br>Vehículos y Equipo de Transporte<br>Equipo de Defensa y Seguridad<br>Maquinaria, Otros Equipos y Herramientas<br>Activos Biológicos<br>Bienes Inmuebles<br>Activos Intangibles<br>Inversión Pública<br>Obra Pública en Bienes de Dominio Público<br>Obra Pública en Bienes Propios<br>Proyectos Productivos y Acciones de Fomento<br>Inversiones Financieras y Otras Provisiones<br>Inversiones Para el Fomento de Actividades Productivas.<br>Acciones y Participaciones de Capital<br>Compra de Títulos y Valores<br>Concesión de Préstamos<br>Inversiones en Fideicomisos, Mandatos y Otros Análogos<br>Otras Inversiones Financieras<br>Provisiones para Contingencias y Otras Erogaciones Especiales<br>Participaciones y Aportaciones<br>Participaciones<br>Aportaciones<br>Convenios<br>Deuda Pública<br>Amortización de la Deuda Pública<br>Intereses de la Deuda Pública<br>Comisiones de la Deuda Pública<br>Gastos de la Deuda Pública<br>Costo por Coberturas<br>Apoyos Financieros<br>Adeudos de Ejercicios Fiscales Anteriores (Adefas) |  |  |  |  |  |  |
| <b>Total del Gasto</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |

# MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DEL EJERCICIO DEL PRESUPUESTO 2015

| Nombre del Ente Público                                   |          |                                |             |           |        |              |
|-----------------------------------------------------------|----------|--------------------------------|-------------|-----------|--------|--------------|
| Estado Analítico del Ejercicio del Presupuesto de Egresos |          |                                |             |           |        |              |
| Clasificación Económica (por Tipo de Gasto)               |          |                                |             |           |        |              |
| Del XXXX al XXXX                                          |          |                                |             |           |        |              |
| Concepto                                                  | Egresos  |                                |             |           |        | Subejercicio |
|                                                           | Aprobado | Ampliaciones/<br>(Reducciones) | Modificado  | Devengado | Pagado |              |
|                                                           | 1        | 2                              | 3 = (1 + 2) | 4         | 5      |              |
| Gasto Corriente                                           |          |                                |             |           |        |              |
| Gasto de Capital                                          |          |                                |             |           |        |              |
| Amortización de la Deuda y Disminución de Pasivos         |          |                                |             |           |        |              |
| <b>Total del Gasto</b>                                    |          |                                |             |           |        |              |

| Ente Público                                              |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| Estado Analítico del Ejercicio del Presupuesto de Egresos |  |  |  |  |  |  |
| Clasificación Administrativa                              |  |  |  |  |  |  |
| Del XXXX al XXXX                                          |  |  |  |  |  |  |

| Concepto                               | Egresos  |                                |             |           |        | Subejercicio |
|----------------------------------------|----------|--------------------------------|-------------|-----------|--------|--------------|
|                                        | Aprobado | Ampliaciones/<br>(Reducciones) | Modificado  | Devengado | Pagado |              |
|                                        | 1        | 2                              | 3 = (1 + 2) | 4         | 5      |              |
| Dependencia o Unidad Administrativa 1  |          |                                |             |           |        |              |
| Dependencia o Unidad Administrativa 2  |          |                                |             |           |        |              |
| Dependencia o Unidad Administrativa 3  |          |                                |             |           |        |              |
| Dependencia o Unidad Administrativa 4  |          |                                |             |           |        |              |
| Dependencia o Unidad Administrativa 6  |          |                                |             |           |        |              |
| Dependencia o Unidad Administrativa 7  |          |                                |             |           |        |              |
| Dependencia o Unidad Administrativa 8  |          |                                |             |           |        |              |
| Dependencia o Unidad Administrativa xx |          |                                |             |           |        |              |
| <b>Total del Gasto</b>                 |          |                                |             |           |        |              |

| Gobierno (Federal/Estatal/Municipal) de _____             |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| Estado Analítico del Ejercicio del Presupuesto de Egresos |  |  |  |  |  |  |
| Clasificación Administrativa                              |  |  |  |  |  |  |
| Del XXXX al XXXX                                          |  |  |  |  |  |  |

| Concepto               | Egresos  |                                |             |           |        | Subejercicio |
|------------------------|----------|--------------------------------|-------------|-----------|--------|--------------|
|                        | Aprobado | Ampliaciones/<br>(Reducciones) | Modificado  | Devengado | Pagado |              |
|                        | 1        | 2                              | 3 = (1 + 2) | 4         | 5      |              |
| Poder Ejecutivo        |          |                                |             |           |        |              |
| Poder Legislativo      |          |                                |             |           |        |              |
| Poder Judicial         |          |                                |             |           |        |              |
| Órganos Autónomos      |          |                                |             |           |        |              |
| <b>Total del Gasto</b> |          |                                |             |           |        |              |

**MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DEL EJERCICIO DEL PRESUPUESTO 2015**

| Sector Paraestatal del Gobierno (Federal/Estatal/Municipal) de _____                                  |          |                                |             |           |        |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------------------|-------------|-----------|--------|--------------|
| Estado Analítico del Ejercicio del Presupuesto de Egresos                                             |          |                                |             |           |        |              |
| Clasificación Administrativa                                                                          |          |                                |             |           |        |              |
| Del XXXX al XXXX                                                                                      |          |                                |             |           |        |              |
| Concepto                                                                                              | Egresos  |                                |             |           |        | Subejercicio |
|                                                                                                       | Aprobado | Ampliaciones/<br>(Reducciones) | Modificado  | Devengado | Pagado |              |
|                                                                                                       | 1        | 2                              | 3 = (1 + 2) | 4         | 5      |              |
| Entidades Paraestatales y Fideicomisos No Empresariales y No Financieros                              |          |                                |             |           |        |              |
| Instituciones Públicas de la Seguridad Social                                                         |          |                                |             |           |        |              |
| Entidades Paraestatales Empresariales No Financieras con Participación Estatal Mayoritaria            |          |                                |             |           |        |              |
| Fideicomisos Empresariales No Financieros con Participación Estatal Mayoritaria                       |          |                                |             |           |        |              |
| Entidades Paraestatales Empresariales Financieras Monetarias con Participación Estatal Mayoritaria    |          |                                |             |           |        |              |
| Entidades Paraestatales Empresariales Financieras No Monetarias con Participación Estatal Mayoritaria |          |                                |             |           |        |              |
| Fideicomisos Financieros Públicos con Participación Estatal Mayoritaria                               |          |                                |             |           |        |              |
| <b>Total del Gasto</b>                                                                                |          |                                |             |           |        |              |

| Nombre del Ente Público                                   |          |                                |             |           |        |              |
|-----------------------------------------------------------|----------|--------------------------------|-------------|-----------|--------|--------------|
| Estado Analítico del Ejercicio del Presupuesto de Egresos |          |                                |             |           |        |              |
| Clasificación Funcional (Finalidad y Función)             |          |                                |             |           |        |              |
| Del XXXX al XXXX                                          |          |                                |             |           |        |              |
| Concepto                                                  | Egresos  |                                |             |           |        | Subejercicio |
|                                                           | Aprobado | Ampliaciones/<br>(Reducciones) | Modificado  | Devengado | Pagado |              |
|                                                           | 1        | 2                              | 3 = (1 + 2) | 4         | 5      |              |
| <b>Gobierno</b>                                           |          |                                |             |           |        |              |
| Legislación                                               |          |                                |             |           |        |              |
| Justicia                                                  |          |                                |             |           |        |              |
| Coordinación de la Política de Gobierno                   |          |                                |             |           |        |              |
| Relaciones Exteriores                                     |          |                                |             |           |        |              |
| Asuntos Financieros y Hacendarios                         |          |                                |             |           |        |              |
| Seguridad Nacional                                        |          |                                |             |           |        |              |
| Asuntos de Orden Público y de Seguridad Interior          |          |                                |             |           |        |              |
| Otros Servicios Generales                                 |          |                                |             |           |        |              |
| <b>Desarrollo Social</b>                                  |          |                                |             |           |        |              |
| Protección Ambiental                                      |          |                                |             |           |        |              |
| Vivienda y Servicios a la Comunidad                       |          |                                |             |           |        |              |
| Salud                                                     |          |                                |             |           |        |              |
| Recreación, Cultura y Otras Manifestaciones Sociales      |          |                                |             |           |        |              |
| Educación                                                 |          |                                |             |           |        |              |
| Protección Social                                         |          |                                |             |           |        |              |
| Otros Asuntos Sociales                                    |          |                                |             |           |        |              |
| <b>Desarrollo Económico</b>                               |          |                                |             |           |        |              |
| Asuntos Económicos, Comerciales y Laborales en General    |          |                                |             |           |        |              |
| Agropecuaria, Silvicultura, Pesca y Caza                  |          |                                |             |           |        |              |
| Combustibles y Energía                                    |          |                                |             |           |        |              |
| Minería, Manufacturas y Construcción                      |          |                                |             |           |        |              |
| Transporte                                                |          |                                |             |           |        |              |
| Comunicaciones                                            |          |                                |             |           |        |              |
| Turismo                                                   |          |                                |             |           |        |              |
| Ciencia, Tecnología e Innovación                          |          |                                |             |           |        |              |

## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DEL EJERCICIO DEL PRESUPUESTO 2015

|                                                                                               |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| Otras Industrias y Otros Asuntos Económicos                                                   |  |  |  |  |  |  |
| <b>Otras no Clasificadas en Funciones Anteriores</b>                                          |  |  |  |  |  |  |
| Transacciones de la Deuda Pública / Costo Financiero de la Deuda                              |  |  |  |  |  |  |
| Transferencias, Participaciones y Aportaciones entre Diferentes Niveles y Ordenes de Gobierno |  |  |  |  |  |  |
| Saneamiento del Sistema Financiero                                                            |  |  |  |  |  |  |
| Adeudos de Ejercicios Fiscales Anteriores                                                     |  |  |  |  |  |  |
| <b>Total del Gasto</b>                                                                        |  |  |  |  |  |  |

|                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nombre del Ente Público</b><br><b>Endeudamiento Neto</b><br><b>Del XXXX al XXXX</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------|

| Identificación de Crédito o Instrumento | Contratación / Colocación | Amortización | Endeudamiento Neto |
|-----------------------------------------|---------------------------|--------------|--------------------|
|                                         | A                         | B            | C = A - B          |
| <b>Créditos Bancarios</b>               |                           |              |                    |
|                                         |                           |              |                    |
|                                         |                           |              |                    |
|                                         |                           |              |                    |
|                                         |                           |              |                    |
|                                         |                           |              |                    |
|                                         |                           |              |                    |
|                                         |                           |              |                    |
| Total Créditos Bancarios                |                           |              |                    |
| <b>Otros Instrumentos de Deuda</b>      |                           |              |                    |
|                                         |                           |              |                    |
|                                         |                           |              |                    |
|                                         |                           |              |                    |
|                                         |                           |              |                    |
|                                         |                           |              |                    |
|                                         |                           |              |                    |
|                                         |                           |              |                    |
| Total Otros Instrumentos de Deuda       |                           |              |                    |
| TOTAL                                   |                           |              |                    |

|                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nombre del Ente Público</b><br><b>Intereses de la Deuda</b><br><b>Del XXXX al XXXX</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|

| Identificación de Crédito o Instrumento           | Devengado | Pagado |
|---------------------------------------------------|-----------|--------|
| <b>Créditos Bancarios</b>                         |           |        |
|                                                   |           |        |
|                                                   |           |        |
|                                                   |           |        |
|                                                   |           |        |
|                                                   |           |        |
|                                                   |           |        |
|                                                   |           |        |
| Total de Intereses de Créditos Bancarios          |           |        |
| <b>Otros Instrumentos de Deuda</b>                |           |        |
|                                                   |           |        |
|                                                   |           |        |
|                                                   |           |        |
|                                                   |           |        |
|                                                   |           |        |
|                                                   |           |        |
|                                                   |           |        |
| Total de Intereses de Otros Instrumentos de Deuda |           |        |
| TOTAL                                             |           |        |



## **VI. Determinación de los Momentos Contables de Egresos**

## **NORMAS Y METODOLOGIA PARA LA DETERMINACION DE LOS MOMENTOS CONTABLES DE LOS EGRESOS**

**I.-** El Sistema de Contabilidad Gubernamental (SCG) que cada ente público utilizará como instrumento de la administración financiera gubernamental, registrará de manera armónica, delimitada y específica las operaciones contables y presupuestarias derivadas de la gestión pública, así como otros flujos económicos.

**II.-** Cada ente público será responsable de su contabilidad, de la operación del sistema; así como del cumplimiento de lo dispuesto por la Ley General de Contabilidad Gubernamental, las normas y lineamientos que emita el CONAC.

**III.-** El sistema estará conformado por el conjunto de registros, procedimientos, criterios e informes, estructurados sobre la base de principios técnicos comunes destinados a captar, valorar, registrar, clasificar, informar e interpretar, las transacciones, transformaciones y eventos que, derivados de la actividad económica, modifican la situación patrimonial del gobierno y de las finanzas públicas.

**IV.-** Los entes públicos deberán asegurarse que el sistema:

- Refleje la aplicación de los postulados, normas contables generales y específicas e instrumentos que establezca el consejo;
- Facilite el reconocimiento de las operaciones de ingresos, gastos, activos, pasivos y patrimoniales de los entes públicos;
- Integre en forma automática el ejercicio presupuestario con la operación contable, a partir de la utilización del gasto devengado;
- Permita que los registros se efectúen considerando la base acumulativa para la integración de la información contable y presupuestaria;
- Refleje un registro congruente y ordenado de cada operación que genere derechos y obligaciones derivados de la gestión económico-financiera de los entes públicos;
- Genere, en tiempo real, estados financieros, de ejecución presupuestaria y otra información que coadyuve a la toma de decisiones, a la transparencia, a la programación con base en resultados, a la evaluación y a la rendición de cuentas, y
- Facilite el registro y control de los inventarios de los bienes muebles e inmuebles de los entes públicos.

**V.-** Los registros contables de los entes públicos se llevarán con base acumulativa. La contabilización de las transacciones de gasto se hará conforme a la fecha de su realización, independientemente de su pago.

**VI.-** El registro de las etapas del presupuesto de los entes públicos se efectuará en las cuentas contables que, para tal efecto, establezca el consejo, las cuales deberán reflejar: en lo relativo al gasto, el aprobado, modificado, comprometido, devengado, ejercido y pagado.

**VII.-** El momento contable del gasto aprobado, es el que refleja las asignaciones presupuestarias anuales comprometidas en el Presupuesto de Egresos.

**VIII.-** El gasto modificado es el momento contable que refleja la asignación presupuestaria que resulta de incorporar, en su caso, las adecuaciones presupuestarias al presupuesto aprobado.

**IX.-** El gasto comprometido es el momento contable que refleja la aprobación por autoridad competente de un acto administrativo, u otro instrumento jurídico que formaliza una relación jurídica con terceros para la adquisición de bienes y servicios o ejecución de obras. En el caso de las obras a ejecutarse o de bienes y servicios a recibirse durante varios ejercicios, el compromiso será registrado por la parte que se ejecutará o recibirá, durante cada ejercicio.

**X-** El gasto devengado es el momento contable que refleja el reconocimiento de una obligación de pago a favor de terceros por la recepción de conformidad de bienes, servicios y obras oportunamente contratados; así como de las obligaciones que derivan de tratados, leyes, decretos, resoluciones y sentencias definitivas.

**XI.-** El gasto ejercido es el momento contable que refleja la emisión de una cuenta por liquidar certificada o documento equivalente debidamente aprobado por la autoridad competente.

**XII.-** El gasto pagado es el momento contable que refleja la cancelación total o parcial de las obligaciones de pago, que se concreta mediante el desembolso de efectivo o cualquier otro medio de pago.

**XIII.-** Excepcionalmente, cuando por la naturaleza de las operaciones no sea posible el registro consecutivo de todos los momentos contables del gasto, se registrarán simultáneamente de acuerdo a lineamientos previamente definidos por las unidades administrativas o instancias competentes en materia de Contabilidad Gubernamental.

**XIV.-** Las unidades administrativas o instancias competentes en materia de Contabilidad Gubernamental deberán establecer los documentos con los cuales se registrarán los momentos contables del gasto.

**XV.-** Los criterios de registro generales para el tratamiento de los momentos contables del gasto comprometido y devengado, se detallan en el ANEXO I, el cual es parte integrante del presente documento.

**XVI.-** En lo que respecta a los criterios de registro generales para el tratamiento de los momentos contables del gasto ejercido y pagado, se especifican en los apartados Undécimo y Duodécimo anteriores.

**XVII.-** De conformidad con la Ley General de Contabilidad Gubernamental en su artículo 11, fracciones X y XI, corresponde al Secretario Técnico del CONAC emitir opinión o resolver consultas en los asuntos vinculados con la contabilidad; interpretar las normas contables y disposiciones que son objeto de su función normativa; en tanto se analiza y emite la normatividad necesaria. Jueves 20 de agosto de 2009 DIARIO OFICIAL (Primera Sección) 41.

**Anexo 1**

| <b>TIPO</b>                                                                         | <b>COMPROMETIDO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>DEVENGADO</b>                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Remuneraciones al personal de carácter permanente                                   | Al iniciarse el ejercicio por el monto que surge del cálculo del gasto presupuestal anual de las plazas ocupadas al inicio del ejercicio. Corresponde incluir todas las remuneraciones de tipo permanentes tales como sueldos, primas, asignaciones, compensaciones, gratificación de fin de año, otras prestaciones y cuotas patronales. Durante el ejercicio se incrementa por cada designación y variación de retribuciones. Se reduce por licencias sin goce de sueldos, renunciaciones, suspensiones, inasistencias, etc. | Por las remuneraciones brutas al validarse la nómina periódica por la que se reconoce la prestación de los servicios en un período determinado. Respecto a las obligaciones laborales por la parte proporcional del servicio prestado. |
| Remuneraciones no permanentes (horas extraordinarias, estímulos, recompensas, etc.) | Al establecerse el beneficio por acuerdo, oficio o acto de autoridad competente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Al validarse la nómina periódica o el recibo por el que se establece el monto bruto del beneficio acordado. Respecto a las obligaciones laborales por la parte proporcional del servicio prestado.                                     |
| Remuneraciones al personal de carácter transitorio (eventual)                       | Al formalizarse la contratación de servicios o la designación transitoria, por el gasto total a pagar durante el período de contrato o hasta la finalización del ejercicio presupuestario. Se reduce por anulación, rescisión o cancelación del contrato                                                                                                                                                                                                                                                                       | Por las remuneraciones brutas al validarse la nómina periódica o el recibo que acredita la prestación de los servicios en un período determinado o el cumplimiento de los requisitos en término de las disposiciones aplicables.       |
| Bienes                                                                              | Al formalizarse el contrato o pedido por autoridad competente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | En la fecha en que se reciben de conformidad los bienes.                                                                                                                                                                               |
| Servicios                                                                           | Al formalizarse el contrato, pedido o estimación por autoridad competente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | En la fecha de la recepción de conformidad, para el periodo o avance pactado de conformidad con las condiciones del contrato.                                                                                                          |
| Comisiones financieras                                                              | En el momento en el que se conoce su aplicación por parte de las instituciones financieras.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                        |
| Gastos de viaje y viáticos                                                          | Al formalizarse mediante oficio de comisión o equivalente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | En la fecha de la autorización de la documentación comprobatoria presentada por el servidor público.                                                                                                                                   |
| Inmuebles                                                                           | Al formalizarse el contrato de promesa de compra venta o su equivalente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Cuando se traslade la propiedad del bien.                                                                                                                                                                                              |
| Obra pública y servicios relacionados con las mismas                                | Al formalizarse el contrato por autoridad competente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | En la fecha de aceptación de las estimaciones de avance de obra (contrato de obra a precios unitarios), o en la fecha de recepción de conformidad de la obra (contrato a precio alzado).                                               |
| Recursos por convenio                                                               | A la formalización de los convenios respectivos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | En la fecha de cumplimiento de los requisitos establecidos en los convenios respectivos.                                                                                                                                               |
| Recursos por aportaciones                                                           | Al inicio del ejercicio, por el monto total de las aportaciones previstas en el Presupuesto de Egresos o cuando se conoce.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | De conformidad con los calendarios de pago y cumplimiento de las reglas de operación.                                                                                                                                                  |
| Recursos por participaciones                                                        | Al momento de liquidar las participaciones.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                        |
| Donativos o apoyos                                                                  | A la firma del convenio de donación o acuerdo de autoridad competente por el cual se dispone la asignación de recursos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | En el momento en que se hace exigible el pago de conformidad con el convenio o acuerdo firmado o a la fecha en que se autoriza el pago por haber cumplido los requisitos en término de las disposiciones aplicables.                   |

**Anexo 1**

| <b>TIPO</b>                                    | <b>COMPROMETIDO</b>                                                                                                                                         | <b>DEVENGADO</b>                                                                                                       |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Subsidios                                      | Al autorizarse la solicitud o acto requerido.<br>Al inicio del ejercicio por el monto anual, del padrón de beneficiarios elegibles, revisable mensualmente. | En la fecha en que se hace exigible el pago de conformidad con reglas de operación y/o demás disposiciones aplicables. |
| Transferencias                                 | Al inicio del ejercicio con el Presupuesto de Egresos, revisable mensualmente.                                                                              | De conformidad con los calendarios de pago.                                                                            |
| Intereses y amortizaciones de la deuda pública | Al inicio del ejercicio por el monto total presupuestado con base en los vencimientos proyectados de la deuda, revisable mensualmente.                      | Al vencimiento de los intereses y amortización de capital, según calendario.                                           |

**SEGUNDO.-** En cumplimiento con los artículos 7 y cuarto transitorio de la Ley de Contabilidad, los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial de la Federación y entidades federativas; las entidades y los órganos autónomos deberán adoptar e implementar, con carácter obligatorio, el Acuerdo por el que se emiten las Normas y Metodología para la Determinación de los Momentos Contables de los Egresos a más tardar, el 31 de diciembre de 2010. Lo anterior, a efecto de construir junto con los elementos técnicos y normativos que el CONAC deba emitir para 2009, la matriz de conversión y estar en posibilidad de cumplir con lo señalado en el cuarto transitorio de la Ley de Contabilidad, sobre la emisión de información contable y presupuestaria en forma periódica bajo las clasificaciones administrativas, económica, funcional y programática.

**TERCERO.-** En cumplimiento con los artículos 7 y quinto transitorio de la Ley de Contabilidad, los ayuntamientos de los municipios y los órganos político-administrativos de las demarcaciones territoriales del Distrito Federal deberán adoptar e implementar, con carácter obligatorio, el Acuerdo por el que se emiten las Normas y Metodología para la Determinación de los Momentos Contables de los Egresos a más tardar, el 31 de diciembre de 2010. Lo anterior, a efecto de construir junto con los elementos técnicos y normativos que el CONAC deba emitir para 2009, la matriz de conversión y estar en posibilidad de cumplir con lo señalado en el quinto transitorio de la Ley de Contabilidad.

**CUARTO.-** De conformidad con los artículos 1 y 7 de la Ley de Contabilidad, los gobiernos de las Entidades Federativas deberán adoptar e implementar las decisiones del CONAC, vía la adecuación de sus marcos jurídicos, lo cual podría consistir en la eventual modificación o formulación de leyes o disposiciones administrativas de carácter local, según sea el caso.

**QUINTO.-** De acuerdo con lo previsto en el artículo 1 de la Ley de Contabilidad, los gobiernos de las Entidades Federativas deberán coordinarse con los gobiernos municipales para que logren contar con un marco contable armonizado, a través del intercambio de información y experiencias entre ambos órdenes de gobierno.

**SEXTO.-** En términos de los artículos 7 y 15 de la Ley de Contabilidad, el Secretario Técnico llevará un registro público en una página de Internet de los actos que los gobiernos de las entidades federativas, municipios y demarcaciones territoriales del Distrito Federal realicen para la adopción e implementación del presente acuerdo. Para tales efectos, los gobiernos de las entidades federativas, los municipios y las demarcaciones territoriales del Distrito Federal remitirán al Secretario Técnico la información relacionada con dichos actos. Dicha información deberá ser enviada a la dirección electrónica [conac\\_sriotecnico@hacienda.gob.mx](mailto:conac_sriotecnico@hacienda.gob.mx), dentro de un plazo de 15 días hábiles contados a partir de la conclusión del plazo fijado por el CONAC.

**SEPTIMO.-** Las entidades federativas y municipios sólo podrán inscribir sus obligaciones en el Registro de Obligaciones y Empréstitos si se encuentran al corriente con las obligaciones contenidas en la Ley de Contabilidad.

**OCTAVO.-** En cumplimiento a lo dispuesto por el artículo 7, segundo párrafo de la Ley de Contabilidad, las Normas y Metodología para la Determinación de los Momentos Contables de Egresos serán publicadas en el Diario Oficial de la Federación, así como en los medios

oficiales de difusión escritos y electrónicos de las entidades federativas, municipios y demarcaciones territoriales del Distrito Federal.

La presente Norma fue aprobada en la Ciudad de México, Distrito Federal el día 13 de agosto de 2009.

En la Ciudad de México, Distrito Federal, siendo las 13:10 horas del día 18 de agosto del año dos mil nueve, el titular de la Unidad de Contabilidad Gubernamental e Informes sobre la Gestión Pública de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en mi calidad de Secretario Técnico del Consejo Nacional de Armonización Contable, HACE CONSTAR que el documento consistente de 11 fojas útiles denominado Normas y Metodología para la Determinación de los Momentos Contables de los Egresos, corresponde con los textos aprobados por el Consejo Nacional de Armonización Contable, mismos que estuvieron a la vista de los integrantes de dicho consejo en su segunda reunión celebrada el pasado 13 de agosto del presente año. Lo anterior para los efectos legales conducentes, con fundamento en el artículo 11 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental y regla 20 de las Reglas de Operación del Consejo Nacional de Armonización Contable.- El Secretario Técnico del Consejo Nacional de Armonización Contable, **Moisés Alcalde Virgen**.- Rúbrica.

## **A N E X O S**

**ANEXOS**

|          |                 |                                                                                                                       |
|----------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anexo 01 | Formato DPRO-01 | Datos Básicos Generales                                                                                               |
| Anexo 02 | Formato DPRO-02 | Cédula de Registro de Obra y/o Acciones                                                                               |
| Anexo 03 | Formato DPRO-03 | Validación Técnica                                                                                                    |
| Anexo 04 | Formato DPRO-04 | Dictamen sobre el Impacto Ambiental                                                                                   |
| Anexo 05 | Formato DPRO-05 | Presupuesto                                                                                                           |
| Anexo 06 | Formato DPRO-06 | Localización del Proyecto                                                                                             |
| Anexo 07 | Formato DPRO-07 | Programa Calendario Físico-Financiero                                                                                 |
| Anexo 08 | Formato DPRO-08 | Formato Único sobre Aplicación de Recursos Federales y Formato sobre Aplicaciones de Recursos Federales a Nivel Fondo |
| Anexo 09 | Formato DP-01   | Ejercicio Presupuestal                                                                                                |
| Anexo 10 | Formato DP-02   | Solicitud de Gastos por Comprobar                                                                                     |
| Anexo 11 | Formato DP-01   | Asignación de Fondo Revolvente                                                                                        |
| Anexo 12 | Formato DP-02   | Comprobación de Gastos                                                                                                |
| Anexo 13 | Formato DP-01   | Reposición de Fondo Revolvente                                                                                        |
| Anexo 14 | Formato DP-03   | Solicitud de Recursos de Poderes, Órganos Autónomos y Entidades                                                       |
| Anexo 15 | Formato DP-04   | Solicitud de Adecuación Presupuestal                                                                                  |
| Anexo 16 | Formato DP-05   | Reporte de Avance Físico Financiero por Programa Presupuestario                                                       |
| Anexo 17 | Formato SAIG-01 | Oficio de Comisión y Solicitud de Viáticos y Pasajes                                                                  |
| Anexo 18 | Formato SAIG-02 | Informe Mensual del Personal que recibió Viáticos.                                                                    |

**ANEXOS**

|            |                  |                                                                 |
|------------|------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Anexo 19   | Formato SAIG-03  | Solicitud de Autorización de Pasajes Aéreos                     |
| Anexo 20   | Formato SAIG -04 | Informe de Comisión y Desglose de Gastos.                       |
| Anexo 21   | Formato DAP-01   | Solicitud de Autorización de Movimiento de Personal             |
| Anexo 21 A | Formato DAP-01 A | Solicitud de Autorización de Movimiento de Personal             |
| Anexo 22   |                  | Solicitud de Empleo                                             |
| Anexo 23   | Formato DAP-02   | Calendario de Fechas Límites 2015                               |
| Anexo 24   | Formato DAP-03   | Movimientos de Personal                                         |
| Anexo 24 A | Formato DAP-03 A | Movimientos de Personal de Educación                            |
| Anexo 25   | Formato DAP-05   | Cédula Única de Identificación de Personal                      |
| Anexo 26   | Formato AFIL-02  | Aviso de Inscripción del Trabajador (IMSS)                      |
| Anexo 27   |                  | Aviso de Alta del Trabajador (ISSSTE)                           |
| Anexo 28   | Formato DAP-06   | Carta de Autorización para Pago de Nómina Vía Tarjeta de Débito |
| Anexo 29   |                  | Póliza de Seguro de Vida                                        |
| Anexo 30   | Formato DAP-07   | Carta Compromiso de Compatibilidad de Empleo                    |
| Anexo 31   | Formato DAP-08   | Aviso de acreditación ante el INFONAVIT                         |
| Anexo 32   | Formato DAP-09   | Solicitud de Pagos Pendientes                                   |
| Anexo 32 A | Formato DAP-09 A | Solicitud de Pagos por Suplencias                               |
| Anexo 33   | Formato DAP-10   | Solicitud de Pensión y Jubilación                               |
| Anexo 34   | Formato DAP-11   | Solicitud para Periodo de Lactancia                             |

**ANEXOS**

|          |                   |                                                                                                 |
|----------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anexo 35 | Formato ST-7      | Aviso de Atención Médica Inicial y Calificación de Probable Riesgo de Trabajo                   |
| Anexo 36 | Formato ST-2      | Dictamen de Alta por Riesgo de Trabajo                                                          |
| Anexo 37 | Formato ST-3      | Dictamen de Incapacidad Permanente o de Defunción por Riesgo de Trabajo                         |
| Anexo 38 | Formato ST-4      | Dictamen de Invalidez                                                                           |
| Anexo 39 |                   | Primer Período Vacacional 2015                                                                  |
| Anexo 40 | Formato DAP-12    | Aviso de Cambio de Número de Tarjeta                                                            |
| Anexo 41 | Formato DAP-13    | Autorización para Laborar Horas Extraordinarias                                                 |
| Anexo 42 | Formato DAP-14    | Reporte de Horas Extras                                                                         |
| Anexo 43 | Formato DAP-15    | Solicitud de Pagos de Horas Extras                                                              |
| Anexo 44 | Formato DAP-16    | Solicitud de Corrección de Datos en Nómina                                                      |
| Anexo 45 | Formato DAP-17    | Solicitud de Expedición de Constancias                                                          |
| Anexo 46 | Formato DAP-18    | Pase de Salida                                                                                  |
| Anexo 47 |                   | Forma de Alta (ISSSTECAM)                                                                       |
| Anexo 48 | Formato DAP-19    | Reporte de Personal con Derecho a Estímulo por Puntualidad y Asistencia                         |
| Anexo 49 | Formato DAP-20    | Solicitud de Estímulo por Superación Académica                                                  |
| Anexo 50 | Formato DAP-21    | Actualización de Cédula de Datos                                                                |
| Anexo 51 | Formato DAP-22    | Solicitud de Verificación de Antigüedad en el Servicio Público                                  |
| Anexo 52 | Formato DRMyCP-01 | Trámite de Solicitud del Registro al Padrón de Proveedores de la Administración Pública Estatal |

**ANEXOS**

|          |                    |                                                                                             |
|----------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anexo 53 | Formato DRMyCP-02  | Padrón de Proveedores de la Administración Pública Estatal (Datos Generales)                |
| Anexo 54 | Formato DRMyCP-03  | Padrón de Proveedores de la Administración Pública Estatal (Proveedor Estatal)              |
| Anexo 55 | Formato DRMyCP-04  | Orden de Pago para integrarse al Padrón de Proveedores de la Administración Pública Estatal |
| Anexo 56 | Formato DRMyCP-05  | Cédula de Registro en el Padrón de Proveedores de la Administración Pública Estatal         |
| Anexo 57 | Formato DRMyCP-06  | Orden de Compra                                                                             |
| Anexo 58 | Formato DRMyCP-07  | Bitácora Mensual de Vehículos                                                               |
| Anexo 59 | Formato DRMyCP-08  | Orden de Servicio de Mantenimiento Vehicular                                                |
| Anexo 60 | Formato DRMyCP-09  | Solicitud para la Adquisición de Bienes Muebles Capítulo 5000                               |
| Anexo 61 | Formato DRMyCP-10  | Solicitud de Alta                                                                           |
| Anexo 62 | Formato DRMyCP-11  | Solicitud de Transferencia                                                                  |
| Anexo 63 | Formato DRMyCP-12  | Solicitud de Baja                                                                           |
| Anexo 64 | Formato DRMyCP-13  | Solicitud de Requisición de Materiales y Suministros                                        |
| Anexo 65 | Formato DRMyCP-14  | Solicitud de Mantenimiento Vehicular                                                        |
| Anexo 66 | Formato DCDA-PC-01 | Solicitud de Inscripción                                                                    |
| Anexo 67 | Formato DCDA-PC-02 | Control Mensual de la Capacitación Externa                                                  |
| Anexo 68 | Formato DSG-01     | Orden de Servicio de Conservación y Mantenimiento                                           |

**ANEXOS**

|          |                |                                                                                    |
|----------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Anexo 69 | Formato DII-01 | Solicitud para la Adquisición de Equipos de<br>Cómputo y/o Periféricos             |
| Anexo 70 | Formato DII-02 | Solicitud de Enlaces de Telecomunicacio-<br>nes                                    |
| Anexo 71 | Formato DII-03 | Baja de Equipo de Cómputo                                                          |
| Anexo 72 | DII-04         | Políticas y Procesos a seguir para la solici-<br>tud de los servicios de Telefonía |
| Anexo 73 | DE-01          | Abono a cuenta de cheques                                                          |

**COPLADECAM**  
**DEPENDENCIA EJECUTORA**

|                                                                                                                                                                                        |                     |                                                                            |                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|                                                                                                       |                     | <p><b>Ejercicio Presupuestal 2013</b></p> <p><b>Cédula de Registro</b></p> |                   |
| <b>Datos de Identificación del Proyecto</b>                                                                                                                                            |                     |                                                                            |                   |
| Proyecto:                                                                                                                                                                              |                     |                                                                            |                   |
| Sector:                                                                                                                                                                                |                     |                                                                            |                   |
| Programa:                                                                                                                                                                              |                     |                                                                            |                   |
| SubPrograma:                                                                                                                                                                           |                     |                                                                            |                   |
| Municipio:                                                                                                                                                                             |                     | Localidad:                                                                 |                   |
| Costo Total:                                                                                                                                                                           | <b>\$0.00</b>       | Inversión Ejercida:                                                        | <b>\$0.00</b>     |
| <b>Asignación Presupuestal y Estructura Financiera</b>                                                                                                                                 |                     |                                                                            |                   |
| Oficio de Autorización: <b>S/N</b>                                                                                                                                                     |                     | Fecha de Autorización:                                                     |                   |
| Oficio de Aprobación: <b>S/N</b>                                                                                                                                                       |                     | Fecha de Aprobación: <b>12/12/2013</b>                                     |                   |
| TIPO                                                                                                                                                                                   | FUENTE              | IMPORTE                                                                    |                   |
|                                                                                                                                                                                        |                     | <b>Total:</b>                                                              |                   |
| <b>Tipo de Proyecto</b>                                                                                                                                                                |                     |                                                                            |                   |
| <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> En Proceso <input type="checkbox"/> Ampliación <input type="checkbox"/> Rehabilitación <input type="checkbox"/> Complementario |                     |                                                                            |                   |
| <b>Etapas del Proyecto</b>                                                                                                                                                             |                     |                                                                            |                   |
| <input type="checkbox"/> Inicio: <input type="checkbox"/> Continuación <input type="checkbox"/> Inicio y Terminación <input type="checkbox"/> Terminación                              |                     |                                                                            |                   |
| <b>Descripción General del Proyecto</b>                                                                                                                                                |                     |                                                                            |                   |
|                                                                                                                                                                                        |                     |                                                                            |                   |
| <b>Metas del Proyecto</b>                                                                                                                                                              |                     |                                                                            |                   |
| Unidad de Medida:                                                                                                                                                                      |                     | Totales del Proyecto:                                                      | <b>0.00</b>       |
| Alcanzadas al 31/12/2012:                                                                                                                                                              | <b>0%</b>           | Totales del Año:                                                           | <b>0.00</b>       |
| Avance Físico al 31/12/2012:                                                                                                                                                           | <b>0%</b>           | Avance Físico Acum. al 31/12/2013:                                         | <b>0.00</b>       |
| Fecha de Inicio:                                                                                                                                                                       | <b>12/12/2013</b>   | Fecha de Terminación:                                                      | <b>12/12/2013</b> |
| Tipo de Beneficiario:                                                                                                                                                                  |                     | Número de Beneficiarios:                                                   | <b>0</b>          |
| Modalidad de Ejecución                                                                                                                                                                 | <b>Administrada</b> | Número de Jornales:                                                        | <b>0</b>          |
| <b>Por la Dependencia Ejecutora</b>                                                                                                                                                    |                     |                                                                            |                   |
| _____<br>Cargo, Nombre y Firma                                                                                                                                                         |                     |                                                                            |                   |

**INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE LOS FORMATOS.  
"DATOS BASICOS GENERALES"**

**Proyecto y/o N. de la Obra:**

Se anotará la denominación del proyecto y/o nombre de la obra, relacionado con el programa y subprograma anotados en los puntos anteriores.

**Sector:**

Se anotará la clave del sector en el que se ubica la obra o acción correspondiente, según el catálogo de sectores.

**Programa:**

Primeramente se anotará, la clave del programa correspondiente al proyecto de referencia, enseguida su denominación, lo anterior en base a la estructura contenida en la Apertura Programática.

**SubPrograma:**

Se anotará primero la clave y denominación del subprograma correspondiente el programa señalado en el punto anterior, en base a la estructura programática referida.

**Municipio:**

Se anotará la región Prioritaria correspondiente al municipio, donde se ubicara la obra y/o acción

**Localidad:**

Se anotará el nombre de la localidad o ejido, en donde estará ubicada la obra y/o acción

**Costo Total:**

Se anotará el costo total presupuestado por la Dirección Ejecutora de la obra o acción.

**Inversión Ejercida:**

Se anotara el monto acumulado de Inversión Aplicada en la Obra en Ejercicios Anteriores.

**Oficio de Autorización:**

Se anotará el número del oficio de autorización.

**Fecha de Autorización:**

Se anotará la fecha del oficio de autorización.

**Oficio de Aprobación:**

Se anotará el número del oficio de aprobación.

**Fecha de Aprobación:**

Se anotará la fecha del oficio de aprobación.

**Asignación Presupuestal y Estructura Financiera**

**Tipo:**

Se anotará si el recurso es administrado por la Secretaría o no es administrado.

**Fuente:**

Se anotará la fuente de Financiamiento de los recursos.

**Importe:**

Se anotará la inversión de la obra o acción para el ejercicio de 2015, en pesos, correspondiente a recursos federales, estatales, aportaciones de los beneficiarios, créditos y de otras fuentes.

**Tipo de Proyecto:**

Nuevo En Proceso Ampliación Rehabilitación Complementario

**Etapas del Proyecto:**

Inicio: Continuación Inicio y Terminación Terminación

**Descripción General del Proyecto:**

Se anotará las características principales de la obra a realizar.

**Unidad de Medida:**

Se anotará la unidad de medida relacionada al proyecto de referencia, según la Apertura Programática

**Metas del Proyecto:**

Se anotará las metas totales del proyecto

**Metas Alcanzadas al 31/12/2014:**

Solo para obras en proceso, se cuantifica el avance acumulado hasta fines del ejercicio anterior.

**Metas Totales del Proyecto:**

Se anotará la cantidad programada de metas a alcanzar, en el ejercicio 2014 Si los trabajos a realizar en el año no es cuantificable con la Unidad de Medida (metas) que corresponden al proyecto, este espacio se dejará en blanco. Por ejemplo, una unidad ganadera que se inicia o encuentra en proceso pero no se concluye en el año (2014), y que los trabajos a realizar corresponden al establecimiento parcial de praderas; dado que la Unidad de Medida es "cabezas", el espacio se dejará en blanco.

**Avance Físico al 31/12/2014:**

Solo para obras en proceso, se cuantifica el avance acumulado hasta fines del ejercicio anterior.

**Avance Físico Acum. al 31/12/2015:**

Se anota el avance físico acumulado que se estima tendrá la obra al concluir el ejercicio fiscal

**Fecha de Inicio:**

Mes y Año en que se inicia la obra.

**Fecha de Terminación:**

Mes y Año en que se programa terminar la obra.

**Tipo de Beneficiario:**

Se anotará el tipo de beneficiarios (alumno, persona, productores, etc.)

**Número de Beneficiarios:**

Se anotará el número de beneficiarios directos (alumno, persona, productores, etc.)

**Modalidad de Ejecución:**

Se anotará la abreviatura "C" si la obra o acción será ejecutada por contrato, "A" si será ejecutada por administración.

**Número de Jornales:**

Será el equivalente del costo de mano de obra dividido entre el 90% del salario mínimo vigente autorizado para la zona geográfica "C" a la fecha de autorización de la obra.

**Por la Dependencia Ejecutora:**

Nombre, Cargo y Firma del responsable de la elaboración del proyecto.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p><b>SECRETARÍA DE DESARROLLO URBANO Y OBRAS PÚBLICAS</b></p> <p>Coordinación Administrativa</p> <p>Ejercicio Presupuestal 2013</p> <p style="background-color: #808080; color: white; padding: 2px;">Cédula Informativa</p> |
| <u>Datos de Identificación del Proyecto</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                               |
| <p>Proyecto: <b>ACONDICIONAMIENTO DE ESPACIOS CULTURALES (CENTRO DE CULTURA INFANTIL "LA CHACARA") EN CANDELARIA</b></p> <p>Sector: <b>[E] EDUCACION, CULTURA Y DEPORTE</b></p> <p>Programa: <b>[5H] CONSTRUCCIÓN REHABILITACIÓN Y MEJORAMIENTO DE LA PLANTA FÍSICA, CULTURA Y DEPORTE</b></p> <p>SubPrograma: <b>[01] CONSTRUCCIÓN AMPLIACIÓN Y RESCATE DE BIBLIOTECAS, MUSEOS</b></p> <p>Municipio: <b>[011] CANDELARIA</b> Localidad: <b>[0001] CANDELARIA, C. M.</b></p> <p>Costo Total: <b>\$380,278.68</b> Inversión Ejercida: <b>\$0.00</b></p>                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                               |
| <p>Oficio de Autorización: <b>AUT-CGE-CONACULTA-AEC-04394-1300001/2013</b> Fecha de Autorización: <b>11/12/2013</b></p> <p>Oficio de Aprobación: <b>APR-CGE-CONACULTA-AEC-04394-1304001/2013</b> Fecha de Aprobación: <b>11/12/2013</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                               |
| <p>Metas del proyecto: <b>1.00</b> Unidad de Medida: <b>[O] OBRA</b> Cantidad: <b>1.00</b> Jornales: <b>0.00</b> Beneficiarios <b>2,000.00</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                               |
| <p>Modalidad de Ejecución: <b>Contratada</b> Tiempo de Ejecución en días: <b>1.00</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                               |
| <p>Fecha de Inicio: <b>12/12/2013</b> Fecha de Término: <b>13/12/2013</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                               |
| <u>Tipo de Proyecto</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                               |
| <p><input checked="" type="checkbox"/> Nuevo      <input type="checkbox"/> En Proceso      <input type="checkbox"/> Ampliación      <input type="checkbox"/> Rehabilitación      <input type="checkbox"/> Complementario</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                               |
| <u>Descripción General del Proyecto</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                               |
| <p>SE REALIZARA TRABAJOS PRELIMINARES, ALBAÑILERIA, PINTURA, CARPINTERIA, TABLAROCA Y ACABADOS, ELECTRICIDAD, LIMPIEZA Y DESALOJO, OBRA EXTERIOR Y EQUIPAMIENTO. EN EL 2012 SOLO SE PAGO EL ANTICIPO.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                               |
| <u>Documentos Adjuntos a esta Solicitud</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                               |
| <p>Justificación del Proyecto: <input checked="" type="checkbox"/>      Planos Arquitectónicos: <input checked="" type="checkbox"/>      Clasificación por Objeto del Gasto: <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Presupuesto General del Proyecto: <input checked="" type="checkbox"/>      Planos y/o Detalles del Proyecto: <input checked="" type="checkbox"/>      Memoria Descriptiva: <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Números Generadores: <input checked="" type="checkbox"/>      Macrolocalización: <input checked="" type="checkbox"/>      Otros: <input type="checkbox"/></p> <p>Tarjetas de Precios Unitarios: <input checked="" type="checkbox"/>      Microlocalización: <input checked="" type="checkbox"/></p> |                                                                                                                                                                                                                               |
| <p>Por la Dependencia Ejecutora</p><br><br><p>_____</p> <p>Cargo, Nombre y Firma</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                               |

**INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE LOS FORMATOS.  
"CÉDULA DE REGISTRO DE OBRA Y/O ACCIONES"**

**Proyecto y/o N. de la Obra:**

Se anotará la denominación del proyecto y/o nombre de la obra, relacionado con el programa y subprograma anotados en los puntos anteriores.

**Sector:**

Se anotará la clave del sector en el que se ubica la obra o acción correspondiente, según el catálogo de sectores.

**Programa:**

Primeramente se anotará, la clave del programa correspondiente al proyecto de referencia, enseguida su denominación, lo anterior en base a la estructura contenida en la Apertura Programática.

**SubPrograma:**

Se anotará primero la clave y denominación del subprograma correspondiente el programa señalado en el punto anterior, en base a la estructura programática referida.

**Municipio:**

Se anotará la región Prioritaria correspondiente al municipio, donde se ubicara la obra y/o acción

**Localidad:**

Se anotará el nombre de la localidad o ejido, en donde estará ubicada la obra y/o acción

**Costo Total:**

Se anotará el costo total presupuestado por la Dirección Ejecutora de la obra o acción.

**Inversión Ejercida:**

Se anotará el monto acumulado de Inversión Aplicada en la Obra en Ejercicios Anteriores.

**Oficio de Autorización:**

Se anotará el número del oficio de autorización.

**Fecha de Autorización:**

Se anotará la fecha del oficio de autorización.

**Oficio de Aprobación:**

Se anotará el número del oficio de aprobación.

**Fecha de Aprobación:**

Se anotará la fecha del oficio de aprobación.

**Modalidad de Ejecución:**

Se anotará la abreviatura "C" si la obra o acción será ejecutada por contrato, "AD" si será ejecutada por administración.

**Tiempo de Ejecución:**

Se anotaré en días el tiempo de ejecución de la obra o acción.

**Fecha de Inicio:**

Mes y Año en que se inicia la obra.

**Fecha de Terminación:**

Mes y Año en que se programa terminar la obra.

**Tipo de Proyecto:**

Nuevo En Proceso Ampliación Rehabilitación Complementario

**Descripción General del Proyecto:**

Se anotaré las características principales de la obra a realizar.

**Documentos Adjuntos a esta Solicitud:**

Se marcará con una “/”, los documentos adjuntos a esta solicitud de obra o acción propuesta a realizar.

**Por la Dependencia Ejecutora:**

Nombre, Cargo y Firma del responsable de la elaboración del proyecto.

|                                                                                   |                                                  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--|
|  | <b>Ejercicio Presupuestal 2013</b>               |  |
|                                                                                   | <b>Justificación Técnica y/o Socio-Económica</b> |  |
| <b>Datos de Identificación del Proyecto</b>                                       |                                                  |  |
| Proyecto:                                                                         |                                                  |  |
| Sector:                                                                           |                                                  |  |
| Programa:                                                                         |                                                  |  |
| SubPrograma:                                                                      |                                                  |  |
| Municipio:                                                                        | Localidad:                                       |  |
| Costo Total: <b>\$0.00</b>                                                        | Inversión Ejercida: <b>\$0.00</b>                |  |
| <b>Justificación</b>                                                              |                                                  |  |
| o                                                                                 |                                                  |  |
| Lugar: <b>San Francisco de Campeche, Campeche</b>                                 | Fecha: <b>12/12/2013</b>                         |  |
| <b>Por la Dependencia Ejecutora</b>                                               |                                                  |  |
| _____<br>Cargo, Nombre y Firma                                                    |                                                  |  |

**INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE LOS FORMATOS.  
"VALIDACIÓN TÉCNICA"**

**Proyecto y/o N. de la Obra:**

Se anotará la denominación del proyecto y/o nombre de la obra, relacionado con el programa y subprograma anotados en los puntos anteriores.

**Sector:**

Se anotará la clave del sector en el que se ubica la obra o acción correspondiente, según el catálogo de sectores.

**Programa:**

Primeramente se anotará, la clave del programa correspondiente al proyecto de referencia, enseguida su denominación, lo anterior en base a la estructura contenida en la Apertura Programática.

**SubPrograma:**

Se anotará primero la clave y denominación del subprograma correspondiente el programa señalado en el punto anterior, en base a la estructura programática referida.

**Municipio:**

Se anotará la región Prioritaria correspondiente al municipio, donde se ubicara la obra y/o acción

**Localidad:**

Se anotará el nombre de la localidad o ejido, en donde estará ubicada la obra y/o acción

**Costo Total:**

Se anotará el costo total presupuestado por la Dirección Ejecutora de la obra o acción.

**Inversión Ejercida:**

Se anotara el monto acumulado de Inversión Aplicada en la Obra en Ejercicios Anteriores.

**Justificación:**

Breve explicación de la obra o acción a realizar, describir de manera clara sus principales características, objetivos, las metas a alcanzar, el tipo de beneficiarios, (si son productores organizados, mujeres campesinas, etc.), costo de la obra o acción, problemática que se atenderá y si el proyecto se relaciona de manera directa con otras obras. En el caso de transferencias o modificaciones presupuestales, explicar el motivo.

**Lugar:**

Nombre del lugar en donde se elaboró la ficha de la obra y/o acción.

**Fecha:**

Se anotará la fecha de elaboración de la ficha de la obra y/o acción.

**Por la Dependencia Ejecutora:**

Nombre, Cargo y Firma del responsable de la elaboración del proyecto.



**INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE LOS FORMATOS.  
"DICTAMEN SOBRE EL IMPACTO AMBIENTAL"**

**Proyecto y/o N. de la Obra:**

Se anotará la denominación del proyecto y/o nombre de la obra, relacionado con el programa y subprograma anotados en los puntos anteriores.

**Sector:**

Se anotará la clave del sector en el que se ubica la obra o acción correspondiente, según el catálogo de sectores.

**Programa:**

Primeramente se anotará, la clave del programa correspondiente al proyecto de referencia, enseguida su denominación, lo anterior en base a la estructura contenida en la Aper-tura Programática.

**SubPrograma:**

Se anotará primero la clave y denominación del subprograma correspondiente el programa señalado en el punto anterior, en base a la estructura programática referida.

**Municipio:**

Se anotará la región Prioritaria correspondiente al municipio, donde se ubicara la obra y/o acción

**Localidad:**

Se anotará el nombre de la localidad o ejido, en donde estará ubicada la obra y/o acción

**Costo Total:**

Se anotará el costo total presupuestado por la Dirección Ejecutora de la obra o acción.

**Inversión Ejercida:**

Se anotara el monto acumulado de Inversión Aplicada en la Obra en Ejercicios Anteriores.

**Justificación:**

Breve explicación de la obra o acción a realizar, describir de manera clara sus principales características, objetivos, las metas a alcanzar, el tipo de beneficiarios, (si son productores organizados, mujeres campesinas, etc.), costo de la obra o acción, problemática que se atenderá y si el proyecto se relaciona de manera directa con otras obras. En el caso de transferencias o modificaciones presupuestales, explicar el motivo.

**Lugar:**

Se anotará el nombre de la localidad o ejido, en donde se elaboró la ficha de la obra y/o acción.

**Fecha:**

Se anotará la fecha de elaboración de la ficha de la obra y/o acción.

**Por la Dependencia Ejecutora:**

Nombre, Cargo y firma del representante de la Dirección Ejecutora responsable de la obra.

**Por la Dependencia Normativa:**

Nombre, Cargo y Firma de la Dependencia Normativa.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p><b>Ejercicio Presupuestal 2013</b></p> <p><b>Presupuesto y/o Validación Técnica</b></p> |          |                 |          |                 |     |           |           |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------|----------|-----------------|-----|-----------|-----------|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--|
| <p><u>Datos de Identificación del Proyecto</u></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                            |          |                 |          |                 |     |           |           |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| <p>Proyecto:</p> <p>Sector:</p> <p>Programa:</p> <p>SubPrograma:</p> <p>Municipio: <span style="float: right;">Localidad:</span></p> <p>Costo Total: <b>\$0.00</b> <span style="float: right;">Inversión Ejecida: <b>\$0.00</b></span></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                            |          |                 |          |                 |     |           |           |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| <p><u>Conceptos Generales de Obras a Ejecutar</u></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                            |          |                 |          |                 |     |           |           |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">Concepto</th> <th style="width: 10%;">U. M.</th> <th style="width: 10%;">Cantidad</th> <th style="width: 15%;">Precio Unitario</th> <th style="width: 10%;">IVA</th> <th style="width: 15%;">Inversión</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="5" style="text-align: right;">SubTotal:</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: right;">IVA:</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: right;">Total:</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> |                                                                                            | Concepto | U. M.           | Cantidad | Precio Unitario | IVA | Inversión | SubTotal: |  |  |  |  |  | IVA: |  |  |  |  |  | Total: |  |  |  |  |  |
| Concepto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | U. M.                                                                                      | Cantidad | Precio Unitario | IVA      | Inversión       |     |           |           |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| SubTotal:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                            |          |                 |          |                 |     |           |           |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| IVA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                            |          |                 |          |                 |     |           |           |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| Total:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                            |          |                 |          |                 |     |           |           |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| <p>Lugar: <b>San Francisco de Campeche, Campeche</b> <span style="float: right;">Fecha: <b>12/12/2013</b></span></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                            |          |                 |          |                 |     |           |           |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| <p>Los abajo firmantes hacen constar que el presente proyecto, cumple con los requisitos, especificaciones y normas técnicas y de construcción establecidas por la Dependencia Federal Normativa, por lo que dictaminan que es viable su ejecución.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                            |          |                 |          |                 |     |           |           |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| <p><b>Por la Dependencia Ejecutora</b></p><br><br><p>_____</p> <p>Cargo, Nombre y Firma</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                            |          |                 |          |                 |     |           |           |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |

**INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE LOS FORMATOS.**

**"PRESUPUESTO"**

**Proyecto y/o N. de la Obra:**

Se anotará la denominación del proyecto y/o nombre de la obra, relacionado con el programa y subprograma anotados en los puntos anteriores.

**Sector:**

Se anotará la clave del sector en el que se ubica la obra o acción correspondiente, según el catálogo de sectores.

**Programa:**

Primeramente se anotará, la clave del programa correspondiente al proyecto de referencia, enseguida su denominación, lo anterior en base a la estructura contenida en la Apertura Programática.

**SubPrograma:**

Se anotará primero la clave y denominación del subprograma correspondiente el programa señalado en el punto anterior, en base a la estructura programática referida.

**Municipio:**

Se anotará la región Prioritaria correspondiente al municipio, donde se ubicara la obra y/o acción

**Localidad:**

Se anotará el nombre de la localidad o ejido, en donde estará ubicada la obra y/o acción

**Costo Total:**

Se anotará el costo total presupuestado por la Dirección Ejecutora de la obra o acción.

**Inversión Ejercida:**

Se anotará el monto acumulado de Inversión Aplicada en la Obra en Ejercicios Anteriores.

**Conceptos de Trabajo:**

Los diferentes conceptos de trabajo en que se divide la ejecución de la obra que servirán para el seguimiento de la misma

**Unidad de Medida:**

La unidad de medida que corresponda para cada uno de los conceptos descritos en el punto anterior, señalar:

**Cantidad o Volumen:**

Cantidad Generada de la Obra y/o Acción

**Precio Unitario (Pesos):**

Análisis del Costo del Concepto

**I.V.A.:**

El correspondiente Impuesto al Valor Agregado que cause el total del concepto

**Inversión (Pesos):**

Importe del Concepto de Trabajo, de la multiplicación de la Cantidad o Volumen, por el Precio Unitario.

**Subtotal:**

La suma de los importes de cada uno de los conceptos descritos.

**I.V.A.:**

El correspondiente Impuesto al Valor Agregado que cause el total de los costos directos

**Costo Total:**

La suma del Subtotal con el I.V.A.

**Formulo:**

Nombre del responsable de la elaboración del presupuesto.

**Lugar:**

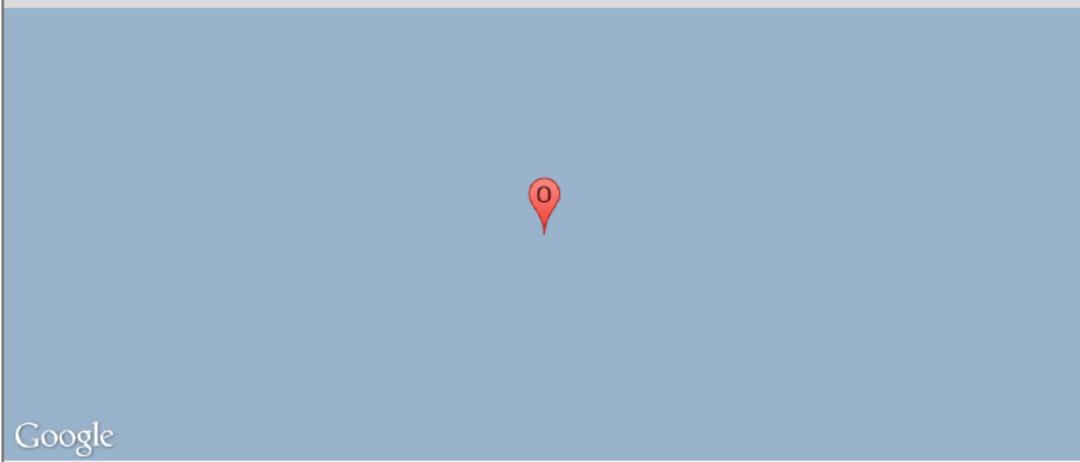
Se anotará el nombre de la localidad o ejido, en donde se elaboró la ficha de la obra y/o acción.

**Fecha:**

Se anotará la fecha de elaboración de la ficha de la obra y/o acción.

**Por la Dependencia Ejecutora:**

Nombre, Cargo y firma del representante de la Dirección Ejecutora responsable de la obra.

|                                                                                                                                                             |                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| <br><b>Ejercicio Presupuestal 2013</b><br><b>Localización del Proyecto</b> |                                  |
| <u>Datos de Identificación del Proyecto</u>                                                                                                                 |                                  |
| Proyecto:                                                                                                                                                   |                                  |
| Sector:                                                                                                                                                     |                                  |
| Programa:                                                                                                                                                   |                                  |
| SubPrograma:                                                                                                                                                |                                  |
| Municipio:                                                                                                                                                  | Localidad:                       |
| Costo Total: <b>\$0.00</b>                                                                                                                                  | Inversión Ejecida: <b>\$0.00</b> |
| <u>Macrolocalización</u>                                                                                                                                    |                                  |
|                                                                          |                                  |
| <u>Microlocalización</u>                                                                                                                                    |                                  |
|                                                                         |                                  |
| Lugar: <b>San Francisco de Campeche, Campeche</b>                                                                                                           | Fecha:                           |

**INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE LOS FORMATOS.  
"LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO"**

**Proyecto y/o N. de la Obra:**

Se anotará la denominación del proyecto y/o nombre de la obra, relacionado con el programa y subprograma anotados en los puntos anteriores.

**Sector:**

Se anotará la clave del sector en el que se ubica la obra o acción correspondiente, según el catálogo de sectores.

**Programa:**

Primeramente se anotará, la clave del programa correspondiente al proyecto de referencia, enseguida su denominación, lo anterior en base a la estructura contenida en la Aper-tura Programática.

**SubPrograma:**

Se anotará primero la clave y denominación del subprograma correspondiente el programa señalado en el punto anterior, en base a la estructura programática referida.

**Municipio:**

Se anotará la región Prioritaria correspondiente al municipio, donde se ubicara la obra y/o acción

**Localidad:**

Se anotará el nombre de la localidad o ejido, en donde estará ubicada la obra y/o acción

**Costo Total:**

Se anotará el costo total presupuestado por la Dirección Ejecutora de la obra o acción.

**Inversión Ejercida:**

Se anotara el monto acumulado de Inversión Aplicada en la Obra en Ejercicios Anteriores.

**Macrolocalización**

**Croquis:**

Marcar en un Croquis las dimensiones, distancias y otras características que describan la ubicación de la obra y/o acción a realizar, señalando la simbología utilizada. Señalar en el plano los puntos de referencia más importantes para la localización de la obra.

**Microlocalización**

**Croquis:**

Señalar la ubicación precisa de la obra o acción, dentro de la comunidad, cuya definición permita reconocer el sitio exacto.

**Lugar:**

Se anotará el nombre de la localidad o ejido, en donde se elaboró la ficha de la obra y/o acción.

**Fecha:**

Se anotará la fecha de elaboración de la ficha de la obra y/o acción.

**PROGRAMA CALENDARIO FÍSICO-FINANCIERO DPRO-04**

|                              |                        |
|------------------------------|------------------------|
| Registro No. :               | Dirección :            |
| Programa :                   |                        |
| Subprograma :                |                        |
| Proyecto y/o N. de la Obra : |                        |
| Localidad :                  | Barrio ó Colonia :     |
| Fecha de Inicio :            | Fecha de Terminación : |

**PROGRAMADO PARA TODO EL AÑO :**

|          |              |
|----------|--------------|
| Físico : | Financiero : |
|----------|--------------|

|                    |          |         |
|--------------------|----------|---------|
| Unidad de Medida : | Cantidad | Monto : |
|--------------------|----------|---------|

| MES : | FISICO :<br>% | MONTO :<br>( Pesos ) |
|-------|---------------|----------------------|
|-------|---------------|----------------------|

|            |  |  |
|------------|--|--|
| Enero      |  |  |
| Febrero    |  |  |
| Marzo      |  |  |
| Abril      |  |  |
| Mayo       |  |  |
| Junio      |  |  |
| Julio      |  |  |
| Agosto     |  |  |
| Septiembre |  |  |
| Octubre    |  |  |
| Noviembre  |  |  |
| Diciembre  |  |  |

|                               |
|-------------------------------|
| Elaborado Por :               |
| <b>Nombre, Cargo y Firma.</b> |

**INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE LOS FORMATOS.  
"PROGRAMA CALENDARIO FÍSICO - FINANCIERO"**

**Registro:**

Se asignará el número de registro consecutivo.  
Este número deberá coincidir con el que corresponda al Proyecto en el Anexo Técnico de Aprobación.

**Dirección a:**

Se anotará la clave y nombre de la Dirección Ejecutora del Proyecto, según Catálogo.

**Programa:**

Primeramente se anotará, la clave del programa correspondiente al proyecto de referencia, enseguida su denominación, lo anterior en base a la estructura contenida en la Apertura Programática.

**Sub-Programa:**

Se anotará primero la clave y denominación del subprograma correspondiente el programa señalado en el punto anterior, en base a la estructura programática referida.

**Proy. y/o N. de la Obra:**

Se anotará la denominación del proyecto y/o nombre de la obra, relacionado con el programa y subprograma anotados en los puntos anteriores.

**Localidad:**

Se anotará el nombre de la localidad o ejido, en donde estará ubicada la obra y/o acción

**Barrio o Colonia:**

Se anotará el nombre del Barrio o Colonia, donde estará ubicada la obra y/o acción.

**Fecha de Inicio:**

Día, Mes y Año en que se inicia la obra.

**Fecha de Terminación:**

Día, Mes y Año en que se programa terminar la obra.

**Físico:**

Se anota el avance físico acumulado que se estima tendrá la obra al concluir el ejercicio fiscal

**Financiero:**

Se anota el avance financiero acumulado que se estima tendrá la obra al concluir el ejercicio fiscal

**Unidad de Medida:**

Se anotará la unidad de medida relacionada al proyecto de referencia, según la apertura programática.

**Cantidad:**

Se anotará las metas totales del proyecto.

**Monto:**

Se anotará la inversión autorizada a la obra o acción para el ejercicio de 2014, en pesos, correspondiente a recursos federales, estatales, aportaciones de los beneficiarios, créditos y de otras fuentes. En el espacio señalado "Total" se anotará la sumatoria de los recursos.

**Físico %:**

Se anotará el porcentaje del avance programado por mes de la obra.

**Monto (Pesos):**

Se anotará en pesos la inversión a ejercer en el mes que corresponda.

**Nombre, Cargo y Firma:**

Nombre, Cargo y Firma del responsable de la elaboración del proyecto.

# MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DEL EJERCICIO DEL PRESUPUESTO 2015

## Formato DPRO-08

### Formato Único sobre Aplicación de Recursos Federales 2\_\_\_\_\_

Anexo 08

Anexo del Acuerdo por el que se da a conocer a los gobiernos de las entidades federativas y municipios, y de las demarcaciones territoriales del Distrito Federal, el formato para proporcionar información relacionada con recursos presupuestarios federales

**FORMATO ÚNICO SOBRE APLICACIÓN DE RECURSOS FEDERALES 2\_\_\_\_\_**  
(cifras en pesos y porcentajes sin incluir decimales)

Fecha del reporte:  
Trimestre:  
Entidad Federativa:

| Destino del gasto<br>(Denominación o descripción) | Municipio | Localidad | Ambito | Monto de recursos presupuestarios |                         |            |          |           | Rendimientos Financieros |           | Meta             |                  |                                  | Información complementaria y explicación de variaciones |          |
|---------------------------------------------------|-----------|-----------|--------|-----------------------------------|-------------------------|------------|----------|-----------|--------------------------|-----------|------------------|------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------|----------|
|                                                   |           |           |        | Total Anual                       | Acumulados al Trimestre |            |          | Avance %  | Acumulados al Trimestre  |           | Unidad de Medida | Programada Anual | Alcanzada Acumulada al Trimestre |                                                         | Avance % |
|                                                   |           |           |        |                                   | Ministrado              | Programado | Ejercido |           | Generados                | Ejercidos |                  |                  |                                  |                                                         |          |
|                                                   |           |           |        |                                   |                         |            |          |           |                          |           |                  |                  |                                  |                                                         |          |
| 1                                                 | 2         | 3         | 4      | 5                                 | 6                       | 7          | 8        | (8/6)*100 | 9                        | 10        | 11               | 12               | 13                               | (13/12)*100                                             | 14       |
|                                                   |           |           |        |                                   |                         |            |          |           |                          |           |                  |                  |                                  |                                                         |          |

### Formato sobre Aplicaciones de Recursos Federales a Nivel Fondo

Informes sobre la Situación Económica, las Finanzas Públicas y la Deuda Pública

**II. FORMATO SOBRE APLICACIONES DE RECURSOS FEDERALES A NIVEL FONDO**  
(cifras en pesos y porcentajes sin incluir decimales)

EJERCICIO FISCAL:  
PERIODO QUE SE REP:

| Folio Revisado | Clasificación del Recurso (Denominación o descripción) | Municipio, dependencia o entidad estatal que ejerce el recurso | Institución ejecutora del recurso | Dependencia Federal que coordina el Programa o Convenio | Monto de recursos presupuestarios |                        |        |                          |            |                                               | Información Complementaria                   |                                                                                              |                       | Fondos Metropolitanos  |                          |                                                       |                                                                              |                               |                                                                        |
|----------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------|--------|--------------------------|------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
|                |                                                        |                                                                |                                   |                                                         | Total Anual                       | Acumulado al Trimestre |        |                          | Avance %   | Disponibilidad del Fideicomiso Estatal (FASP) | Fecha de Publicación en el Periódico Oficial | Acciones que se han efectuado para transparentar y homologar el pago en servicios personales | Comentarios Generales | Honorarios Fiduciarios | Rendimientos Financieros | Disponibilidad al comienzo del periodo que se reporta | Disponibilidad de los Recursos Federales al final del periodo que se reporta | Destino y Resultado Alcanzado | Avance en el cumplimiento de la Misión, objeto y Fines del Fideicomiso |
|                |                                                        |                                                                |                                   |                                                         |                                   | Ministrado             | Pagado | Comprometido y Reservado |            |                                               |                                              |                                                                                              |                       |                        |                          |                                                       |                                                                              |                               |                                                                        |
| 1              | 2                                                      | 3                                                              | 4                                 | 5                                                       | 6                                 | 7                      | 8      | 9=(6-7-8)                | 10=(7+8)/6 | 11                                            | 12                                           | 13                                                                                           | 14                    | 15                     | 16                       | 17                                                    | 18                                                                           | 19                            | 20                                                                     |
|                |                                                        |                                                                |                                   |                                                         |                                   |                        |        |                          |            |                                               |                                              |                                                                                              |                       |                        |                          |                                                       |                                                                              |                               |                                                                        |

**Nota: Estos formatos se encuentra en el apartado de programas federales con el nombre de Formato Único sobre Aplicación de Recursos Federales y Formato sobre Aplicaciones de Recursos Federales a Nivel Fondo.**

Formato DP-01

Anexo 09

Ejercicio Presupuestal



**GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE**  
SECRETARÍA DE FINANZAS  
FORMATO DE SOLICITUD PRESUPUESTAL



SOLICITUD:  FECHA AFECTACIÓN:  FOLIO:

CONCEPTO:

**ELABORO**

|                       |             |
|-----------------------|-------------|
| <b>ENTES PUBLICOS</b> | <b>RAMO</b> |
|                       |             |

**DOCUMENTOS**

|                  |
|------------------|
| <b>DOCUMENTO</b> |
|                  |

**PRESUPUESTO**

total: importe en letras:

| Clave Presupuestal | Importe |       | Importe |
|--------------------|---------|-------|---------|
| total              |         | total |         |




SIACAM Usuario: 3  
Fecha y Hora de Impresión: 10/01/2014 01:27:28 p.m. 1/1

**Nota: Este formato se llenará a través del Sistema.**

Formato DP-02

Anexo 10

Solicitud de Gastos por Comprobar

 **GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE**  
SECRETARÍA DE FINANZAS  
FORMATO DE SOLICITUD PRESUPUESTAL



SOLICITUD:  FECHA AFECTACIÓN:  FOLIO:

CONCEPTO:

**ELABORO**

| ENTES PUBLICOS       | RAMO                 |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**DOCUMENTOS**

| DOCUMENTO            |
|----------------------|
| <input type="text"/> |

**PRESUPUESTO**

total: importe en letras:

| Clave Presupuestal | Importe              | total | Importe              |
|--------------------|----------------------|-------|----------------------|
| total              | <input type="text"/> | total | <input type="text"/> |

SACAM Usuario: 1  
Fecha y Hora de Impresión: 10/01/2014 01:27:28 p.m. 1/1

**Nota: Este formato se llenará a través del Sistema.**

**FORMATO DP-01**  
**Asignación de Fondo Revolvente**

Anexo 11



**GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE**  
SECRETARÍA DE FINANZAS  
FORMATO DE SOLICITUD PRESUPUESTAL



SOLICITUD:  FECHA AFECTACIÓN:  FOLIO:

CONCEPTO:

**ELABORÓ**

| ENTES PÚBLICOS       | RAMO                 |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**DOCUMENTOS**

| DOCUMENTO            |
|----------------------|
| <input type="text"/> |

**PRESUPUESTO**

total: importe en letras:

| Clave Presupuestal | Importe              | Clave Presupuestal | Importe              |
|--------------------|----------------------|--------------------|----------------------|
| total              | <input type="text"/> | total              | <input type="text"/> |




SIACA08: Número: 1  
Fecha y Hora de Impresión: 10/01/2014 01:37:35 p.m. 1/1

**Nota: Este formato se llenará a través del Sistema.**

## FORMATO DP-02 Comprobación de Gastos

Anexo 12

 **GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE**  
SECRETARÍA DE FINANZAS  
FORMATO DE SOLICITUD PRESUPUESTAL



SOLICITUD:  FECHA AFECTACIÓN:  FOLIO:

CONCEPTO:

**ELABORÓ**

| ENTES PÚBLICOS       | RAMO                 |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**DOCUMENTOS**

| DOCUMENTO            |
|----------------------|
| <input type="text"/> |

**PRESUPUESTO**

total: importe en letras:

| Clave Presupuestal | Importe              | Importe              |
|--------------------|----------------------|----------------------|
| total              | <input type="text"/> | <input type="text"/> |


SIACAM | Usuario: 1  
Fecha y Hora de Impresión: 10/01/2014 01:27:29 p.m. 1/1

**Nota: Este formato se llenará a través del Sistema.**

FORMATO DP-01

Anexo 13

Reposición de Fondo Revolvente

 GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE  
SECRETARÍA DE FINANZAS  
FORMATO DE SOLICITUD PRESUPUESTAL



SOLICITUD:  FECHA AFECTACIÓN:  FOLIO:

CONCEPTO:

ELABORÓ

| ENTES PUBLICOS       | RAMO                 |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

DOCUMENTOS

| DOCUMENTO            |
|----------------------|
| <input type="text"/> |

PRESUPUESTO

total: importe en letras:

| Clave Presupuestal | Importe              | total | Importe              |
|--------------------|----------------------|-------|----------------------|
| total              | <input type="text"/> | total | <input type="text"/> |





SIACAM | Usuario: 1  
Fecha y Hora de Impresión: 10/01/2014 01:27:22 p.m. 1/1

**Nota: Este formato se llenará a través del Sistema.**

Formato DP-03

Anexo 14

Solicitud de Recursos de Poderes, Órganos Autónomos y Entidades



**GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE**  
SECRETARÍA DE FINANZAS  
FORMATO DE SOLICITUD PRESUPUESTAL



SOLICITUD: Solicitud de recursos de Organismos descentralizados      FECHA AFECTACIÓN:      FOLIO:     

CONCEPTO:

**ELABORO**

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| ENTES PUBLICOS       | RAMO                 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**DOCUMENTOS**

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| DOCUMENTO            |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**PRESUPUESTO**

total: importe en letras:

| Clave Presupuestal | Importe              |       | Importe              |
|--------------------|----------------------|-------|----------------------|
| total              | <input type="text"/> | total | <input type="text"/> |




SIACAM | Usuario: 1  
Fecha y hora de impresión: 10/01/2014 01:27:22 p.m.      1/1

**Nota: Este formato se llenará a través del Sistema.**

Formato DP-04

Anexo 15

Solicitud de Adecuación Presupuestal

 GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE  
SECRETARÍA DE FINANZAS  
FORMATO DE SOLICITUD PRESUPUESTAL



SOLICITUD:  FECHA AFECTACIÓN:  FOLIO:

CONCEPTO:

**ELABORÓ**

|                |      |
|----------------|------|
| ENTES PÚBLICOS | PABO |
|----------------|------|

**DOCUMENTOS**

|           |
|-----------|
| DOCUMENTO |
|-----------|

**PRESUPUESTO**

total: importe en letras:

| Clave Presupuestal | Importe |       | Importe |
|--------------------|---------|-------|---------|
| total              |         | total |         |

|


SIACAM | Usuario: 1  
Fecha y Hora de Impresión: 10/01/2014 01:27:29 p.m. 1/1

**Nota: Este formato se llenará a través del Sistema.**

Formato DP-05

Anexo 16

Reporte de Avance Físico-Financiero por Programa Presupuestario

| GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE                                 |             |                                                                    |          |                 |                  |                  |          |                |             |  |                              |                         |                                    |  |
|-----------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------|----------|-----------------|------------------|------------------|----------|----------------|-------------|--|------------------------------|-------------------------|------------------------------------|--|
| SECRETARÍA DE FINANZAS                                          |             |                                                                    |          |                 |                  |                  |          |                |             |  |                              |                         |                                    |  |
| EJERCICIO 2015                                                  |             |                                                                    |          |                 |                  |                  |          |                |             |  |                              |                         |                                    |  |
| REPORTE DE AVANCE FÍSICO-FINANCIERO POR PROGRAMA PRESUPUESTARIO |             |                                                                    |          |                 |                  |                  |          |                |             |  |                              |                         |                                    |  |
| RAMO:                                                           |             | ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA                                            |          |                 |                  |                  |          | ALINEACIÓN PED |             |  |                              |                         | TRIMESTRE:                         |  |
| PROGRAMA PRESUPUESTARIO:                                        |             | OPERATIVO                                                          |          | INFRAESTRUCTURA |                  | EJE ESTRATÉGICO: |          |                | ESTRATÉGICO |  | INSTITUCIONAL                |                         |                                    |  |
| ESTATAL:                                                        |             | MONTO DEL ORIGEN DE LOS RECURSOS: FONDO Y FUENTE DE FINANCIAMIENTO |          |                 |                  |                  |          |                |             |  |                              |                         |                                    |  |
|                                                                 |             | FEDERAL:                                                           |          |                 |                  |                  |          |                |             |  |                              |                         |                                    |  |
| COMPORTAMIENTO DEL EJERCICIO DEL GASTO POR CAPÍTULO             |             |                                                                    |          |                 |                  |                  |          |                |             |  |                              |                         |                                    |  |
| CAPÍTULO DEL GASTO                                              | COSTO ANUAL |                                                                    |          |                 | COSTO TRIMESTRAL |                  |          |                |             |  | EJERCICIO ACUM. AL TRIMESTRE | AVANCE ACUM. AL / ANUAL | AVANCE ACUM. AL / MODIFICADO ANUAL |  |
|                                                                 | APROBADO    | MODIFICADO                                                         | APROBADO | MODIFICADO      | COMPROMETIDO     | DEVENGADO        | EJERCIDO | PAGADO         | DESVIACIÓN  |  |                              |                         |                                    |  |
| 1000                                                            |             |                                                                    |          |                 |                  |                  |          |                |             |  |                              |                         |                                    |  |
| 2000                                                            |             |                                                                    |          |                 |                  |                  |          |                |             |  |                              |                         |                                    |  |
| 3000                                                            |             |                                                                    |          |                 |                  |                  |          |                |             |  |                              |                         |                                    |  |
| 4000                                                            |             |                                                                    |          |                 |                  |                  |          |                |             |  |                              |                         |                                    |  |
| 5000                                                            |             |                                                                    |          |                 |                  |                  |          |                |             |  |                              |                         |                                    |  |
| 6000                                                            |             |                                                                    |          |                 |                  |                  |          |                |             |  |                              |                         |                                    |  |
| 7000                                                            |             |                                                                    |          |                 |                  |                  |          |                |             |  |                              |                         |                                    |  |
| 8000                                                            |             |                                                                    |          |                 |                  |                  |          |                |             |  |                              |                         |                                    |  |
| 9000                                                            |             |                                                                    |          |                 |                  |                  |          |                |             |  |                              |                         |                                    |  |

| GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE                                       |                     |                                                                    |            |                  |            |                  |           |                |             |                              |                                            |                                                       |                       |            |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------|------------|------------------|------------|------------------|-----------|----------------|-------------|------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------|------------|
| SECRETARÍA DE FINANZAS                                                |                     |                                                                    |            |                  |            |                  |           |                |             |                              |                                            |                                                       |                       |            |
| EJERCICIO 2015                                                        |                     |                                                                    |            |                  |            |                  |           |                |             |                              |                                            |                                                       |                       |            |
| REPORTE DE AVANCE FÍSICO-FINANCIERO POR PROGRAMA PRESUPUESTARIO       |                     |                                                                    |            |                  |            |                  |           |                |             |                              |                                            |                                                       |                       |            |
| RAMO:                                                                 |                     | ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA                                            |            |                  |            |                  |           | ALINEACIÓN PED |             |                              |                                            |                                                       | TRIMESTRE:            |            |
| PROGRAMA PRESUPUESTARIO:                                              |                     | OPERATIVO                                                          |            | INFRAESTRUCTURA  |            | EJE ESTRATÉGICO: |           |                | ESTRATÉGICO |                              | INSTITUCIONAL                              |                                                       |                       |            |
| ESTATAL:                                                              |                     | MONTO DEL ORIGEN DE LOS RECURSOS: FONDO Y FUENTE DE FINANCIAMIENTO |            |                  |            |                  |           |                |             |                              |                                            |                                                       |                       |            |
|                                                                       |                     | FEDERAL:                                                           |            |                  |            |                  |           |                |             |                              |                                            |                                                       |                       |            |
| AVANCE FINANCIERO (COMPORTAMIENTO DEL AVANCE DEL GASTO POR ACTIVIDAD) |                     |                                                                    |            |                  |            |                  |           |                |             |                              |                                            |                                                       |                       |            |
| COMPONENTE                                                            | INFORMACION GENERAL | COSTO ANUAL                                                        |            | COSTO TRIMESTRAL |            |                  |           |                |             | EJERCICIO ACUM. AL TRIMESTRE | AVANCE ACUM. AL TRIMESTRE EJERCIDO / ANUAL | AVANCE ACUM. AL TRIMESTRE EJERCIDO / MODIFICADO ANUAL | Unidad Presupuestaria |            |
|                                                                       |                     | APROBADO                                                           | MODIFICADO | APROBADO         | MODIFICADO | COMPROMETIDO     | DEVENGADO | EJERCIDO       | PAGADO      |                              |                                            |                                                       |                       | DESVIACIÓN |
|                                                                       | ACTIVIDAD           |                                                                    |            |                  |            |                  |           |                |             |                              |                                            |                                                       |                       |            |
|                                                                       |                     |                                                                    |            |                  |            |                  |           |                |             |                              |                                            |                                                       |                       |            |
|                                                                       |                     |                                                                    |            |                  |            |                  |           |                |             |                              |                                            |                                                       |                       |            |
|                                                                       |                     |                                                                    |            |                  |            |                  |           |                |             |                              |                                            |                                                       |                       |            |
|                                                                       |                     |                                                                    |            |                  |            |                  |           |                |             |                              |                                            |                                                       |                       |            |
|                                                                       |                     |                                                                    |            |                  |            |                  |           |                |             |                              |                                            |                                                       |                       |            |
|                                                                       |                     |                                                                    |            |                  |            |                  |           |                |             |                              |                                            |                                                       |                       |            |
|                                                                       |                     |                                                                    |            |                  |            |                  |           |                |             |                              |                                            |                                                       |                       |            |

# MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DEL EJERCICIO DEL PRESUPUESTO 2015

| RAMO                                                                 |                     | ALINEACIÓN PED   |            |             |            |               |            |                 |           |           |         |                                                                    |                                     | TRIMESTRE                           |                     |  |  |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------|------------|-------------|------------|---------------|------------|-----------------|-----------|-----------|---------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------|--|--|
| ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA                                              |                     |                  |            |             |            |               |            |                 |           |           |         |                                                                    |                                     |                                     |                     |  |  |
| PROGRAMA PRESUPUESTARIO                                              |                     |                  |            | OPERATIVO   |            |               |            | INFRAESTRUCTURA |           |           |         | EJE ESTRATÉGICO                                                    |                                     |                                     |                     |  |  |
| ESTATAL                                                              |                     |                  |            | ESTRATÉGICO |            |               |            | INSTITUCIONAL   |           |           |         | MONTO DEL ORIGEN DE LOS RECURSOS: FONDO Y FUENTE DE FINANCIAMIENTO |                                     |                                     |                     |  |  |
| ESTATAL                                                              |                     |                  |            | FEDERAL     |            |               |            | FEDERAL         |           |           |         | FEDERAL                                                            |                                     |                                     |                     |  |  |
| AVANCE FÍSICO (COMPORTAMIENTO DEL AVANCE DE LAS METAS POR ACTIVIDAD) |                     |                  |            |             |            |               |            |                 |           |           |         |                                                                    |                                     |                                     |                     |  |  |
| COMPONENTE                                                           | INFORMACIÓN GENERAL |                  | META ANUAL |             |            |               |            | META TRIMESTRAL |           |           |         | META ACUM. AL TRIMESTRE ALCANZADA                                  | AVANCE ACUM. AL TRIMESTRE ALCANZADA | AVANCE ACUM. AL TRIMESTRE ALCANZADA | Unidad Presupuestal |  |  |
|                                                                      | ACTIVIDAD           | UNIDAD DE MEDIDA | PROGRAMADA | MODIFICADA  | ACUMULABLE | VALOR INICIAL | PROGRAMADA | MODIFICADA      | ALCANZADA | DEVIACION | / ANUAL | / MODIFICADO ANUAL                                                 |                                     |                                     |                     |  |  |
|                                                                      |                     |                  |            |             |            |               |            |                 |           |           |         |                                                                    |                                     |                                     |                     |  |  |
|                                                                      |                     |                  |            |             |            |               |            |                 |           |           |         |                                                                    |                                     |                                     |                     |  |  |
|                                                                      |                     |                  |            |             |            |               |            |                 |           |           |         |                                                                    |                                     |                                     |                     |  |  |
|                                                                      |                     |                  |            |             |            |               |            |                 |           |           |         |                                                                    |                                     |                                     |                     |  |  |
|                                                                      |                     |                  |            |             |            |               |            |                 |           |           |         |                                                                    |                                     |                                     |                     |  |  |
|                                                                      |                     |                  |            |             |            |               |            |                 |           |           |         |                                                                    |                                     |                                     |                     |  |  |
|                                                                      |                     |                  |            |             |            |               |            |                 |           |           |         |                                                                    |                                     |                                     |                     |  |  |
|                                                                      |                     |                  |            |             |            |               |            |                 |           |           |         |                                                                    |                                     |                                     |                     |  |  |
|                                                                      |                     |                  |            |             |            |               |            |                 |           |           |         |                                                                    |                                     |                                     |                     |  |  |

| RAMO                                                |           | ALINEACIÓN PED |            |             |                              |                  |        |                 |       |        |       |                                                                    |  | TRIMESTRE |  |  |  |
|-----------------------------------------------------|-----------|----------------|------------|-------------|------------------------------|------------------|--------|-----------------|-------|--------|-------|--------------------------------------------------------------------|--|-----------|--|--|--|
| ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA                             |           |                |            |             |                              |                  |        |                 |       |        |       |                                                                    |  |           |  |  |  |
| PROGRAMA PRESUPUESTARIO                             |           |                |            | OPERATIVO   |                              |                  |        | INFRAESTRUCTURA |       |        |       | EJE ESTRATÉGICO                                                    |  |           |  |  |  |
| ESTATAL                                             |           |                |            | ESTRATÉGICO |                              |                  |        | INSTITUCIONAL   |       |        |       | MONTO DEL ORIGEN DE LOS RECURSOS: FONDO Y FUENTE DE FINANCIAMIENTO |  |           |  |  |  |
| ESTATAL                                             |           |                |            | FEDERAL     |                              |                  |        | FEDERAL         |       |        |       | FEDERAL                                                            |  |           |  |  |  |
| COMPORTAMIENTO DE LA COBERTURA DE LOS BENEFICIARIOS |           |                |            |             |                              |                  |        |                 |       |        |       |                                                                    |  |           |  |  |  |
| TIPO DE BENEFICIARIO                                | POBLACIÓN |                | META ANUAL | ALCANZADO   | ACUM. ALCANZADO AL TRIMESTRE | AVANCE ALCANZADO | REGION | ZONA            |       | SEXO   |       | INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA O JUSTIFICACIÓN DE OBSERVACIONES        |  |           |  |  |  |
|                                                     | TOTAL     | OBJETIVO       |            |             |                              |                  |        | URBANA          | RURAL | HOMBRE | MUJER |                                                                    |  |           |  |  |  |
|                                                     |           |                |            |             |                              |                  |        |                 |       |        |       |                                                                    |  |           |  |  |  |
|                                                     |           |                |            |             |                              |                  |        |                 |       |        |       |                                                                    |  |           |  |  |  |
|                                                     |           |                |            |             |                              |                  |        |                 |       |        |       |                                                                    |  |           |  |  |  |
|                                                     |           |                |            |             |                              |                  |        |                 |       |        |       |                                                                    |  |           |  |  |  |
|                                                     |           |                |            |             |                              |                  |        |                 |       |        |       |                                                                    |  |           |  |  |  |
|                                                     |           |                |            |             |                              |                  |        |                 |       |        |       |                                                                    |  |           |  |  |  |
|                                                     |           |                |            |             |                              |                  |        |                 |       |        |       |                                                                    |  |           |  |  |  |
|                                                     |           |                |            |             |                              |                  |        |                 |       |        |       |                                                                    |  |           |  |  |  |
|                                                     |           |                |            |             |                              |                  |        |                 |       |        |       |                                                                    |  |           |  |  |  |
|                                                     |           |                |            |             |                              |                  |        |                 |       |        |       |                                                                    |  |           |  |  |  |
|                                                     |           |                |            |             |                              |                  |        |                 |       |        |       |                                                                    |  |           |  |  |  |
|                                                     |           |                |            |             |                              |                  |        |                 |       |        |       |                                                                    |  |           |  |  |  |
|                                                     |           |                |            |             |                              |                  |        |                 |       |        |       |                                                                    |  |           |  |  |  |
|                                                     |           |                |            |             |                              |                  |        |                 |       |        |       |                                                                    |  |           |  |  |  |

# MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DEL EJERCICIO DEL PRESUPUESTO 2015

|  <b>GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE</b><br>SECRETARÍA DE FINANZAS<br>EJERCICIO 2015<br>REPORTE DE AVANCE FÍSICO-FINANCIERO POR PROGRAMA PRESUPUESTARIO |        |      |           |           |                                |                  |                       |                       |                        |                    |                                      |                  |                  |                            |               |                     |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------|-----------|-----------|--------------------------------|------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|--------------------|--------------------------------------|------------------|------------------|----------------------------|---------------|---------------------|--|--|--|
| Revisó:                                                                                                                                                                                                                                 |        |      |           |           | Trimestre:                     |                  |                       |                       |                        |                    |                                      |                  |                  |                            |               |                     |  |  |  |
| ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA                                                                                                                                                                                                                 |        |      |           |           |                                |                  |                       |                       |                        |                    |                                      |                  |                  |                            |               |                     |  |  |  |
| PROGRAMA PRESUPUESTARIO:                                                                                                                                                                                                                |        |      |           |           |                                |                  |                       |                       |                        |                    |                                      |                  |                  |                            |               |                     |  |  |  |
| OPERATIVO                                                                                                                                                                                                                               |        |      |           |           | INFRAESTRUCTURA                |                  |                       |                       |                        | EJE ESTRATÉGICO:   |                                      |                  |                  |                            |               |                     |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                         |        |      |           |           |                                |                  |                       |                       |                        | ESTRATÉGICO        |                                      |                  |                  |                            | INSTITUCIONAL |                     |  |  |  |
| MONTO DEL ORIGEN DE LOS RECURSOS: FONDO Y FUENTE DE FINANCIAMIENTO                                                                                                                                                                      |        |      |           |           |                                |                  |                       |                       |                        |                    |                                      |                  |                  |                            |               |                     |  |  |  |
| ESTATAL:                                                                                                                                                                                                                                |        |      |           |           |                                |                  |                       |                       |                        |                    |                                      |                  |                  |                            |               |                     |  |  |  |
| FEDERAL:                                                                                                                                                                                                                                |        |      |           |           |                                |                  |                       |                       |                        |                    |                                      |                  |                  |                            |               |                     |  |  |  |
| AVANCE DE REVERSIÓN EN INFRAESTRUCTURA                                                                                                                                                                                                  |        |      |           |           |                                |                  |                       |                       |                        |                    |                                      |                  |                  |                            |               |                     |  |  |  |
| NOMBRE DE OBRA/CONVENIO                                                                                                                                                                                                                 | FUENTE | TIPO | MUNICIPIO | LOCALIDAD | AVANCE FINANCIERO AL TRIMESTRE |                  |                       |                       |                        | CAUSA DE DEVIACIÓN | AVANCE FÍSICO ACUMULADO AL TRIMESTRE |                  |                  | INFORMACION COMPLEMENTARIA |               |                     |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                         |        |      |           |           | ANUAL APROBADO                 | MODIFICADO ANUAL | APROBADO AL TRIMESTRE | EJERCIDO AL TRIMESTRE | DEVENGADO AL TRIMESTRE |                    | AVANCE AL TRIMESTRE                  | UNIDAD DE MEDIDA | ANUAL PROGRAMADO |                            | REALIZADOS    | AVANCE AL TRIMESTRE |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                         |        |      |           |           |                                |                  |                       |                       |                        |                    |                                      |                  |                  |                            |               |                     |  |  |  |

**DP-05**

**Reporte de Avance Físico-Financiero por Programa Presupuestario**

**Instructivo de Llenado**

| <b>CONCEPTO</b>                | <b>DESCRIPCIÓN</b>                                                                                                                |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>RAMO</b>                    | Anotar la descripción y clave de la Dependencia o Entidad que ejecuta el gasto de acuerdo al catálogo de Dependencias y Entidades |
| <b>PROGRAMA PRESUPUESTARIO</b> | Anotar la descripción y clave del programa presupuestario de acuerdo al catálogo de Proyectos                                     |
| <b>TRIMESTRE</b>               | Anotar el trimestre que se informa.                                                                                               |

**AVANCE FÍSICO (COMPORTAMIENTO DEL AVANCE DE LAS METAS POR ACTIVIDAD)**

|                                                 |                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>META ANUAL MODIFICADA</b>                    | Se refiere a la meta anual actualizada como resultado de la Meta Anual Programada + Meta Trimestral Modificada – Meta Trimestral Programada |
| <b>META TRIMESTRAL MODIFICADA</b>               | Registrar la nueva meta trimestral que resulta del ajuste de metas en el trimestre que se informa                                           |
| <b>META TRIMESTRAL ALCANZADA</b>                | Registrar las metas alcanzadas en el trimestre que se informa                                                                               |
| <b>DESVIACIÓN TRIMESTRAL DE METAS</b>           | Se refiere a la diferencia que resulta de la Meta trimestral alcanzada – meta trimestral modificada                                         |
| <b>CAUSAS DE LA DESVIACIÓN TRIMESTRAL</b>       | Justificar las razones de la desviación de las metas alcanzadas en el trimestre en relación con la meta trimestral modificada               |
| <b>METAS ACUMULADAS AL TRIMESTRE ALCANZADAS</b> | Se refiere a la suma de metas alcanzadas al trimestre que se reporta                                                                        |
| <b>AVANCE ACUMULADO AL TRIMESTRE ALCANZADO</b>  | Se refiere al porcentaje que resulta de la suma de las metas alcanzadas al trimestre que se reporta en relación a la Meta Anual Modificada. |

**AVANCE FINANCIERO (COMPORTAMIENTO DEL AVANCE DEL GASTO POR ACTIVIDAD)**

|                                                                |                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>COSTO ANUAL MODIFICADO</b>                                  | Se refiere al costo actualizado como resultado del Costo Anual Aprobado + Costo Trimestral Modificado – Costo Trimestral Aprobado         |
| <b>COSTO TRIMESTRAL MODIFICADO</b>                             | Se refiere al costo ajustado que resulta del Costo Trimestral Aprobado + Ampliaciones – Reducciones                                       |
| <b>COSTO TRIMESTRAL COMPROMETIDO</b>                           | Registrar al costo comprometido en el trimestre que se informa                                                                            |
| <b>COSTO TRIMESTRAL DEVENGADO</b>                              | Registrar el costo devengado en el trimestre que se informa                                                                               |
| <b>COSTO TRIMESTRAL EJERCIDO</b>                               | Registrar la inversión ejercida en el trimestre que se informa                                                                            |
| <b>COSTO TRIMESTRAL PAGADO</b>                                 | Registrar al monto pagado en el trimestre que se informa                                                                                  |
| <b>DESVIACIÓN TRIMESTRAL DEL COSTO</b>                         | Se refiere a la diferencia que resulta del costo trimestral ejercido menos el costo trimestral modificado                                 |
| <b>INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA Y EXPLICACIÓN DE VARIACIONES</b> | Justificar las razones de la desviación de lo ejercido en el trimestre en relación con el costo modificado                                |
| <b>COSTO EJERCIDO ACUMULADO AL TRIMESTRE</b>                   | Se refiere a la suma de los costos ejercidos al trimestre que se reporta                                                                  |
| <b>AVANCE ACUMULADO AL TRIMESTRE EJERCIDO</b>                  | Se refiere al porcentaje que resulta de la suma de los costos ejercidos al trimestre que se reporta en relación al costo anual modificado |

**COMPORTAMIENTO DEL EJERCICIO DEL GASTO POR CAPITULO**

|                                                 |                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>COSTO ANUAL MODIFICADO</b>                   | Se refiere al costo actualizado como resultado del Costo Anual Aprobado + Costo Trimestral Modificado – Costo Trimestral Aprobado |
| <b>COSTO TRIMESTRAL MODIFICADO</b>              | Se refiere al costo ajustado que resulta del Costo Trimestral Aprobado + Ampliaciones – Reducciones                               |
| <b>COSTO TRIMESTRAL COMPROMETIDO</b>            | Registrar al costo comprometido en el trimestre que se informa                                                                    |
| <b>COSTO TRIMESTRAL DEVENGADO</b>               | Registrar el costo devengado en el trimestre que se informa                                                                       |
| <b>COSTO TRIMESTRAL EJERCIDO</b>                | Registrar la inversión ejercida en el trimestre que se informa                                                                    |
| <b>COSTO TRIMESTRAL PAGADO</b>                  | Registrar al monto pagado en el trimestre que se informa                                                                          |
| <b>DESVIACIÓN TRIMESTRAL DEL COSTO</b>          | Se refiere a la diferencia que resulta del costo trimestral ejercido menos el costo trimestral modificado                         |
| <b>INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA Y EXPLICACIÓN</b> | Justificar las razones de la desviación de lo ejercido en el trimestre en relación con el costo modificado                        |

|                                               |                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CIÓN DE VARIACIONES</b>                    |                                                                                                                                           |
| <b>COSTO EJERCIDO ACUMULADO AL TRIMESTRE</b>  | Se refiere a la suma de los costos ejercidos al trimestre que se reporta                                                                  |
| <b>AVANCE ACUMULADO AL TRIMESTRE EJERCIDO</b> | Se refiere al porcentaje que resulta de la suma de los costos ejercidos al trimestre que se reporta en relación al costo anual modificado |

### COMPORTAMIENTO DE LA COBERTURA DE LOS BENEFICIARIOS

|                                                                    |                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>POBLACION TOTAL</b>                                             | Se refiere a la totalidad de población en un lugar, localidad o región.                                                                                             |
| <b>POBLACION OBJETIVO</b>                                          | Se refiere a la población potencial a beneficiar por el programa                                                                                                    |
| <b>META ALCANZADA</b>                                              | Es la suma de beneficiarios alcanzados por el programa al trimestre                                                                                                 |
| <b>AVANCE ACUMULADO AL TRIMESTRE ALCANZADO</b>                     | Se refiere al porcentaje que resulta de la suma de los beneficiarios alcanzados al trimestre que se reporta en relación a la meta anual de beneficiarios programada |
| <b>INFORMACION COMPLEMENTARIA O JUSTIFICACION DE OBSERVACIONES</b> | Justificar las razones o motivos de porque no se alcanza o por que se excede la meta.                                                                               |

### AVANCE DE INVERSIÓN EN INFRAESTRUCTURA

|                                                                |                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>MINISTRADO</b>                                              | Registrar la inversión ministrada al trimestre                                                                  |
| <b>EJERCIDO</b>                                                | Registrar la inversión ejercida al trimestre                                                                    |
| <b>AVANCE FINANCIERO AL TRIMESTRE EJERCIDO</b>                 | Se refiere al porcentaje del presupuesto ejercido acumulado al trimestre con respecto al modificado anual       |
| <b>CAUSAS DE DESVIACIÓN</b>                                    | Justificar las razones de la desviación de lo ejercido al trimestre en relación a la inversión anual programada |
| <b>RENDIMIENTOS FINANCIEROS GENERADOS</b>                      | Se refiere a los rendimientos generados del presupuesto asignado a la obra que en su caso aplique               |
| <b>RENDIMIENTOS FINANCIEROS EJERCIDO</b>                       | Se refiere a la inversión ejercida de los rendimientos generados del presupuesto autorizado a la obra           |
| <b>TOTAL EJERCIDO ACUMULADO AL TRIMESTRE</b>                   | Registrar la inversión ejercida al trimestre que se reporta                                                     |
| <b>AVANCE FISICO ACUMULADO AL TRIMESTRE REALIZADO</b>          | Se refiere al porcentaje de avance físico acumulado al trimestre de la obra                                     |
| <b>INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA Y EXPLICACIÓN DE VARIACIONES</b> | Justificar las razones o motivos de por qué no se alcanza o por que se excede la meta programada                |

**Nota: ESTOS FORMATOS SE CAPTURAN EN EL SISTEMA DE EVALUACIÓN INTEGRAL (SEI). Deberá ser enviado a la Contraloría y a la Secretaría debidamente firmado.**

**Formato SAIG-01**  
**Oficio de Comisión y Solicitud de Viáticos y Pasajes**

Anexo 17



SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL

www.campeche.gob.mx @CAMPECHEPROGRESA

EN CAMPECHE VAMOS POR NUESTRO PROGRESO



**FORMATO SAIG-01**

Num. Oficio: ( 1 )  
 Asunto: Oficio de Comisión y Solicitud de viáticos y pasajes  
 Fecha: ( 2 )

( 3 )  
 COORDINADOR Y/O DIRECTOR ADMINISTRATIVO PRESENTE.

POR MEDIO DEL PRESENTE ME PERMITO COMUNICARLE A USTED DE LA COMISIÓN QUE LLEVARÁ A CABO EL SIGUIENTE PERSONAL.

|              |                       |
|--------------|-----------------------|
| NOMBRE ( 4 ) | NO. DE EMPLEADO ( 6 ) |
| PUESTO ( 5 ) | ( 6 )                 |

( 7 ) LUGAR: (País, Estado, Ciudad)

|                                                                                                               |                                                                               |                                           |                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> LOCAL<br><input type="checkbox"/> NACIONAL<br><input type="checkbox"/> INTERNACIONAL | ( 8 )<br><input type="checkbox"/> TERRESTRE<br><input type="checkbox"/> AÉREA | FECHA<br>INICIO ( 9 )      TERMINO ( 10 ) | PAIS ( 11 )<br>ESTADO ( 12 )<br>CIUDAD ( 13 )<br>RUTA (Origen-Destino-Origen) ( 18 ) |
| CLAVE PRESUPUESTAL - PARTIDA ( 14 )                                                                           | DIAS ( 15 )                                                                   | IMPORTE ( 16 )                            | AGENCIA ( 19 )                                                                       |
| TOTAL ( 17 )                                                                                                  |                                                                               |                                           | ( 19 )                                                                               |

OBJETIVO Y/O TRABAJOS A REALIZAR ( 20 )

ASIMISMO EL EMPLEADO AL TERMINO DE LA PRESENTE COMISIÓN EN UN PLAZO NO MAYOR A 3 DÍAS HÁBILES DEBERÁ RENDIR EL INFORME CORRESPONDIENTE DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS ASI COMO LA COMPROBACIÓN DE LOS GASTOS EFECTUADOS EN LA MISMA.

SIN OTRO PARTICULAR LE ENVÍO UN CORDIAL SALUDO.

SOLICITA ( 21 )  
 TITULAR DEL ÁREA QUE COMISIONA

36

EN CAMPECHE VAMOS POR NUESTRO PROGRESO EN CAMPECHE VAMOS POR NUESTRO PROGRESO

**FORMATO SAIG -01**  
**Oficio de comisión y solicitud de viáticos y pasajes**  
**INSTRUCTIVO**

- 1. Núm. de oficio:** Se anotará el número de oficio de la solicitud.
- 2. Fecha:** Se anotará la fecha de elaboración de la solicitud
- 3. Nombre del Coordinador Administrativo:** Se anotará el nombre del titular del área administrativa de la dependencia.
- 4. Nombre del comisionado:** Se anotará el nombre de la persona comisionada
- 5. Puesto del comisionado:** Se anotará el puesto de la persona comisionada
- 6. Número de empleado:** Se anotará el número de empleado de la persona comisionada.
- 7. Lugar:** Se especificará con una "x" en el rubro que corresponda (local, nacional o internacional).
- 8. Transportación:** Se especificará con una "x" en el rubro que corresponda (terrestre, aérea).
- 9. Fecha Inicio:** Se anotará el día, mes y año de cuando inicia la comisión.
- 10. Fecha termino:** Se anotará el día, mes y año de cuando termina la comisión.
- 11. País:** Se anotará el nombre del País a donde se llevará a cabo la comisión.
- 12. Estado:** Se anotará el nombre del Estado a donde se llevará a cabo la comisión.
- 13. Ciudad:** Se anotará el nombre de la Ciudad a donde se llevará a cabo la comisión.
- 14. Clave presupuestal:** Se anotará la clave completa que consta de 42 dígitos (Clasificación administrativa armonizada, ramo, unidad presupuestal, finalidad, función, subfunción, eje, objetivo estratégico, estrategia, línea de acción, actividad institucional, modalidad del programa presupuestario, programa presupuestario, componente, actividades, espacio geográfico, tipo de gasto, fuente de financiamiento y partida)
- 15. Días:** Se anotará el número total de días que dure la comisión.
- 16. Importe:** Se anotará el importe que corresponda de la cuota diaria en pesos multiplicado por el número de días de la comisión de acuerdo a las tarifas establecidas en el Manual de Procedimientos para el trámite de viáticos para las dependencias y entidades de la administración pública estatal.
- 17. Total:** Se anotará el importe total en pesos que se asignará a cada comisionado.
- 18. Ruta:** Se anotará el itinerario de la comisión.
- 19. Agencia:** Anotar el nombre de la agencia de viajes en donde se solicita el pasaje (en caso de pasaje aéreo)
- 20. Objetivo y/o trabajos a realizar:** Especificar las principales actividades que se llevarán a cabo en la comisión.
- 21. Solicita:** Se anotará el nombre, cargo y firma del titular de la unidad presupuestal que comisiona.

**Formato SAIG-02**  
**Informe Mensual del Personal que Recibió Viáticos**

Anexo 18



SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL

www.campeche.gob.mx @CAMPECHEPROGRESA

EN CAMPECHE VAMOS POR NUESTRO PROGRESO



SAIG

**INFORME MENSUAL DEL PERSONAL QUE RECIBIÓ VIÁTICOS**

---

**FORMATO SAIG-02**

Número :  (1) \_\_\_\_\_

Dependencia:  (2) \_\_\_\_\_

Período:  (3) \_\_\_\_\_

| Empleado   |        |       | Unidad Presupuestal | Importe de Viático |            |               |
|------------|--------|-------|---------------------|--------------------|------------|---------------|
| Número     | Nombre | Nivel |                     | Proporcionado      | Comprobado | No comprobado |
| (4)        | (5)    | (6)   | (7)                 | (8)                | (9)        | (10)          |
|            |        |       |                     |                    |            |               |
|            |        |       |                     |                    |            |               |
|            |        |       |                     |                    |            |               |
| Total (11) |        |       |                     | 0.00               | 0.00       | 0.00          |

Fecha: (12) \_\_\_\_\_

ELABORO

(13) \_\_\_\_\_

COORDINADOR ADMINISTRATIVO

VO. BO.

(14) \_\_\_\_\_

TITULAR DE LA DEPENDENCIA

NOTA: El importe que no se compruebe con documentación que reúna requisitos fiscales y no se reintegre la diferencia, el servidor público autoriza a la unidad ejecutora a efectuar el descuento en la nómina quincenal en los quince días posteriores de la fecha de vencido el plazo para la comprobación.

Cabe hacer mención, que de conformidad con lo señalado en el artículo 109, fracción VIII de la Ley del Impuesto sobre la Renta, "No se pagará el impuesto sobre la renta por la obtención de viáticos", en el siguiente caso: "Cuando sean efectivamente erogados en servicio del patrón y se compruebe esta circunstancia con documentación de terceros que reúna los requisitos fiscales"

37

EN CAMPECHE VAMOS POR NUESTRO PROGRESO EN CAMPECHE VAMOS POR NUESTRO PROGRESO

**FORMATO SAIG -02**  
**Informe Mensual del Personal que Recibió Viáticos**  
**INSTRUCTIVO**

1. **Número:** Se anotará el número consecutivo de la dependencia informante.
2. **Dependencia:** Anotar el nombre de la dependencia.
3. **Período:** Especificar la fecha que comprende el informe.
4. **Número de empleado:** Anotar el número de empleado que se encuentra especificado en el talón de pago o listado de la nómina.
5. **Nombre del empleado:** Se anotará el(os) nombre(s) de la(s) personas a quien(es) se les proporcione viáticos durante el período referido.
6. **Nivel:** Se anotará el nivel correspondiente a cada empleado.
7. **Unidad presupuestal:** Se anotará la clave completa que consta de 42 dígitos (Clasificación administrativa armonizada, ramo, unidad presupuestal, finalidad, función, subfunción, eje, objetivo estratégico, estrategia, línea de acción, actividad institucional, modalidad del programa presupuestario, programa presupuestario, componente, actividades, espacio geográfico, tipo de gasto, fuente de financiamiento y partida)
8. **Importe de viático proporcionado:** Especificar el importe total por empleado de los viáticos proporcionados por período
9. **Importe de viático comprobado:** Especificar el importe total por empleado de los viáticos comprobados por período
10. **Importe de viático no comprobado:** Especificar el importe total por empleado de los viáticos no comprobados por período
11. **Total:** Anotar la suma total de los viáticos proporcionados, comprobados y no comprobados por hoja.
12. **Fecha:** Anotar el día, mes y el año en que se elabora el informe.
13. **Elaboró:** Nombre y firma del coordinador administrativo de la dependencia.
14. **Vo. Bo.:** Nombre y la firma del titular de la dependencia.

**FORMATO SAIG -03**  
**Solicitud de Autorización de pasajes aéreos**

Anexo 19



SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL

www.campeche.gob.mx @CAMPECHEPROGRESA

EN CAMPECHE VAMOS POR NUESTRO PROGRESO



SAIG

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE PASAJES AÉREOS

Formato SAIG-03

NOMBRE DE LA AGENCIA (1) \_\_\_\_\_

PRESENTE

No. (2) \_\_\_\_\_

DEPENDENCIA : (3) \_\_\_\_\_

NÚM. DE OFICIO: (4) \_\_\_\_\_

FECHA: (5) \_\_\_\_\_

Sírvase autorizar la expedición de pasaje Aéreo a la (s) siguiente (s) persona (s) : Partida: 3711 Pasajes aéreos

| Número                                       | Empleado |  | Unidad Presupuestal | Ruta | Destino | Fecha                                                                        |         |
|----------------------------------------------|----------|--|---------------------|------|---------|------------------------------------------------------------------------------|---------|
|                                              | Nombre   |  |                     |      |         | Salida                                                                       | Retorno |
| (6)                                          | (7)      |  | (8)                 | (9)  | (10)    | (11)                                                                         | (12)    |
| Solicita                                     |          |  |                     |      |         | Autoriza                                                                     |         |
| (13)                                         |          |  |                     |      |         | (14)                                                                         |         |
| NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR DE LA DEPENDENCIA |          |  |                     |      |         | Nombre y firma de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental |         |

C.c.p. Dependencia

EN CAMPECHE VAMOS POR NUESTRO PROGRESO EN CAMPECHE VAMOS POR NUESTRO PROGRESO

38

**FORMATO SAIG -03**  
**Solicitud de Autorización de pasajes aéreos**

**INSTRUCTIVO**

- 1. Agencia de viajes:** Anotar el nombre de la agencia de viajes en donde se solicita el pasaje.
- 2. Número:** Se anotará el número consecutivo de la dependencia que genera la orden.
- 3. Dependencia:** Anotar nombre de la dependencia solicitante.
- 4. Número de oficio:** Indicar el número de oficio con el que se solicita la orden de pasaje aéreo.
- 5. fecha:** Anotar la fecha de la solicitud del pasaje aéreo.
- 6. Número de empleado:** Se anotará el(os) número(s) de la(s) personas a quien(es) se les proporciona pasaje aéreo.
- 7. Nombre:** Se anotará el(os) nombre(s) de la(s) personas a quien(es) se les proporciona pasaje aéreo.
- 8. Unidad presupuestal:** Se anotará la clave completa que consta de 42 dígitos (Clasificación administrativa armonizada, ramo, unidad presupuestal, finalidad, función, subfunción, eje, objetivo estratégico, estrategia, línea de acción, actividad institucional, modalidad del programa presupuestario, programa presupuestario, componente, actividades, espacio geográfico, tipo de gasto, fuente de financiamiento y partida)
- 9. Ruta:** Especificar la ruta requerida con el itinerario.
- 10. Destino:** Especificar el nombre del lugar donde se va a llevar a cabo la comisión.
- 11. Salida:** Especificar la fecha de salida a la comisión.
- 12. Retorno:** Especificar la fecha de retorno de la comisión.
- 13. Solicita:** Nombre y firma del titular de la dependencia solicitante.
- 14. Autorizó:** Nombre y firma del titular de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental.

**Formato SAIG-04**  
**Informe de Comisión y Desglose de Gastos**

Anexo 20



SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL

www.campeche.gob.mx @CAMPECHEPROGRESA

EN **CAMPECHE**  
VAMOS POR NUESTRO  
PROGRESO



**SAIG**

**Formato SAIG-04**

**INFORME DE COMISION Y DESGLOSE DE GASTOS**

|                       |                                    |                                    |     |
|-----------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----|
| RAMO                  | <input type="text" value="( 2 )"/> | FECHA                              |     |
| DEPENDENCIA O ENTIDAD | <input type="text" value="( 3 )"/> | DIA                                | MES |
| FOLIO SOLICITUD       | <input type="text" value="( 4 )"/> | <input type="text" value="( 1 )"/> | AÑO |

|        |                                    |                |                                    |
|--------|------------------------------------|----------------|------------------------------------|
| NOMBRE | <input type="text" value="( 5 )"/> | NO DE EMPLEADO | <input type="text" value="( 7 )"/> |
| PUESTO | <input type="text" value="( 6 )"/> |                |                                    |

LUGAR: (País, Estado, Ciudad)

|                                                                                                               |                                                                                                                 |                                   |                                   |                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> LOCAL<br><input type="checkbox"/> NACIONAL<br><input type="checkbox"/> INTERNACIONAL | <input checked="" type="checkbox"/> (9)<br><input type="checkbox"/> TERRESTRE<br><input type="checkbox"/> AÉREA | FECHA                             |                                   | PAIS                              |
|                                                                                                               |                                                                                                                 | INICIO                            | TERMINO                           | <input type="text" value="(12)"/> |
|                                                                                                               |                                                                                                                 | <input type="text" value="(10)"/> | <input type="text" value="(11)"/> | ESTADO                            |
|                                                                                                               |                                                                                                                 |                                   | <input type="text" value="(13)"/> | CIUDAD                            |
|                                                                                                               |                                                                                                                 |                                   | <input type="text" value="(14)"/> |                                   |

| CLAVE PRESUPUESTAL - PARTIDA      | DÍAS                              | IMPORTE                           | CIUDAD                            |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="text" value="(15)"/> | <input type="text" value="(16)"/> | <input type="text" value="(17)"/> | <input type="text" value="(14)"/> |

**OBJETIVO Y/O TRABAJOS A REALIZAR**

**PRINCIPALES ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

DECLARO, BAJO PROTESTA DECIR LA VERDAD, QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTE FORMATO SON LOS SOLICITADOS Y MANIFIESTO TENER CONOCIMIENTO DE LAS SANCIONES QUE SE APLICARAN EN CASO CONTRARIO

El importe que no se compruebe con documentación que reúna requisitos fiscales y no se reintegre la diferencia, el servidor público autoriza a la unidad ejecutora a efectuar el descuento en la nómina quincenal en los quince días posteriores de la fecha de vencido el plazo para la comprobación.

**DESGLOSE DE EROGACIONES COMPROBADAS, NO COMPROBADAS Y REINTEGRO**

**VIATICOS**

| GASTO                               | COMPROBANTE | FOLIO | FECHA | RFC | RAZON SOCIAL | IMPORTE                                        |
|-------------------------------------|-------------|-------|-------|-----|--------------|------------------------------------------------|
| <b>EROGACIONES COMPROBADAS (20)</b> |             |       |       |     |              |                                                |
|                                     |             |       |       |     |              |                                                |
| <b>NO COMPROBADAS (21)</b>          |             |       |       |     |              |                                                |
| <b>REINTEGRO (22)</b>               |             |       |       |     |              |                                                |
|                                     |             |       |       |     |              | <b>TOTAL</b> <input type="text" value="(23)"/> |

| GASTO               | COMPROBANTE | FOLIO | FECHA | RFC | RAZON SOCIAL | IMPORTE      |
|---------------------|-------------|-------|-------|-----|--------------|--------------|
| <b>PASAJES (24)</b> |             |       |       |     |              |              |
|                     |             |       |       |     |              |              |
|                     |             |       |       |     |              | <b>TOTAL</b> |

INFORMA

NOMBRE Y FIRMA

Vo. Bo.

TITULAR DEL AREA ADMINISTRATIVA

AUTORIZA

TITULAR DE LA UNIDAD PRESUPUESTAL

39

EN CAMPECHE VAMOS POR NUESTRO PROGRESO EN CAMPECHE VAMOS POR NUESTRO PROGRESO

## FORMATO SAIG -04 Informe de Comisión y Desglose de Gastos

### INSTRUCTIVO

1. **Fecha:** Anotar la fecha en que se elabora el informe de la comisión y desglose de gastos.
2. **Ramo:** Anotar el ramo de la dependencia a la que se encuentra adscrito.
3. **Dependencia o Entidad:** Anotar nombre de la dependencia a la que se encuentra adscrito.
4. **Folio de solicitud:** Anotar el folio de solicitud del oficio de comisión y solicitud de viáticos y pasajes
5. **Nombre del comisionado:**  
Anotar el nombre de la persona comisionada.
6. **Puesto del comisionado:** Se anotará el puesto de la persona comisionada.
7. **No. de empleado:** Se anotará el número de empleado de la persona comisionada.
8. **Lugar:** Se especificará con una "x" en el rubro que corresponda (local, nacional o internacional).
9. **Transportación:** Se especificará con una "x" en el rubro que corresponda (terrestre, aérea).
10. **Fecha Inicio:** Se anotará el día, mes y año de cuando inicia la comisión.
11. **Fecha termino:** Se anotará el día, mes y año de cuando termina la comisión.
12. **País:** Se anotará el nombre del País a donde se llevará a cabo la comisión.
13. **Estado:** Se anotará el nombre del Estado a donde se llevará a cabo la comisión.
14. **Ciudad:** Se anotará el nombre de la Ciudad a donde se llevará a cabo la comisión.
15. **Clave presupuestal:** Se anotará la clave completa que consta de 42 dígitos (Clasificación administrativa armonizada, ramo, unidad presupuestal, finalidad, función, subfunción, eje, objetivo estratégico, estrategia, línea de acción, actividad institucional, modalidad del programa presupuestario, programa presupuestario, componente, actividades, espacio geográfico, tipo de gasto, fuente de financiamiento y partida)
16. **Días:** Se anotará el número total de días que dure la comisión.
17. **Importe:** Se anotará el importe total en pesos que se asignó a cada comisionado.
18. **Objetivo de la comisión:** Especificar el objetivo de la comisión.
19. **Principales actividades desarrolladas:** Especificar las principales actividades que se llevaron a cabo en la comisión.
20. **Desglose de erogaciones comprobadas:** Detallar individualmente las facturas o notas que se anexan a la comprobación llenando un formato por cada comisión realizada.
21. **Desglose de erogaciones no comprobadas:**  
Especificar de manera global el importe de las erogaciones efectuadas sin comprobante.
22. **Reintegro de viáticos:** Anotar el importe que dado el caso se tenga que reintegrar por concepto de viáticos.
23. **Total:** Se anotará la suma total de la comprobación de los viáticos.
24. **Pasajes:** en proceso.

- 25. Informa:** Nombre y firma de la persona que realizó la comisión.
- 26. Vo. Bo. :** Nombre y firma del titular del área administrativa de la dependencia.
- 27. Autoriza:** Nombre y firma del titular de la unidad presupuestal a la que se encuentra adscrita la persona comisionada.

**Formato DAP-01**

**Solicitud de Autorización de Movimiento de Personal** Anexo 21




Formato DAP-01

**SOLICITUD DE AUTORIZACION DE MOVIMIENTOS DE PERSONAL**

---

**I. DATOS DEL SOLICITANTE:**

ENTIDAD PUBLICA: \_\_\_\_\_

ESTRUCTURA PROGRAMATICA: \_\_\_\_\_

TIPO DE MOVIMIENTO: ALTA:  PROMOCION:  CAMBIO DE NIVEL:  CONTRATO

---

**II. DATOS DEL (LA) PROPUESTO (A):**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

APELLIDO PATERNO                      APELLIDO MATERNO                      NOMBRE (S)

RFC: \_\_\_\_\_ CURP: \_\_\_\_\_ IMSS: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_

---

**IV. DATOS DE LA PLAZA VACANTE:**

SUSTITUIR A: \_\_\_\_\_

PUESTO: \_\_\_\_\_ NIVEL: \_\_\_\_\_

TIPO DE PLAZA: BASE  CONFIANZA  VIGENCIA: DEFINITIVA  PROVISIONAL:  TEMPORAL:

JUSTIFICACION: \_\_\_\_\_

---

**V. FIRMA DE SOLICITUD**

ELABORO
Vo. Bo.

---

FIRMA DEL ÁREA ADMINISTRATIVA
FIRMA DEL TITULAR

---

**VI. FIRMA DE AUTORIZACION**

\_\_\_\_\_

| AUTORIZACION |     |     |        |
|--------------|-----|-----|--------|
| FECHA        |     |     | NUMERO |
| DIA          | MES | AÑO |        |
|              |     |     |        |

---

**NOTA** Las Altas serán efectivas hasta que el titular del Poder Ejecutivo las autorice y la Dirección de Administración de Personal se los informe, pudiendo ser de carácter definitivo o temporal y su expedición se hará conforme a los movimientos escalafonarios que procedan, por lo tanto, si una Dependencia o Entidad no cuenta con la autorización correspondiente no deberá iniciar la relación laboral. La Dependencia o Entidad que incorporea trabajadores sin autorización de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental, será responsable de esa contratación por el tiempo no autorizado.

## Formato DAP-01

### Solicitud de Autorización de Movimiento de Personal

#### Instructivo

**Nombre de la Forma.** Solicitud de Autorización de Movimiento de Personal.

**Objeto de la Forma.** Solicitar la autorización para dar de alta o promocionar al personal para ocupar puestos vacantes o de nueva creación, mencionando las características y requisitos que deben reunir los candidatos.

**Instrucciones Generales.** Este formato será llenado a máquina o procesado en computadora y los datos no deberán invadir los límites de los recuadros. Asimismo este formato deberá ser firmado por el Titular de la Dependencia o Entidad Pública y el Titular del Área Administrativa.

**Elabora.** Las Dependencias y las Entidades Públicas (Área Administrativa).

**Destino.** La Dirección de Administración de Personal.

**Número de Copias:** Dos copias.

Original: Dirección de Administración de Personal.

1a. copia: Área Administrativa de la Dependencia o Entidad Pública.

2a. copia: Área de trabajo solicitante.

#### Instrucciones de Llenado

##### Datos del Solicitante

- 1. Entidad Pública.** El nombre de la Dependencia o Entidad Pública.
- 2. Estructura Programática.** Se anotará la clave completa que consta de 30 dígitos.
- 3. Tipo de Movimiento que deja la plaza vacante.** Marcar con una "X" el tipo de movimiento, si este es alta, promoción, cambio de nivel o contrato.

**Datos del (la) Propuesto (a).**

4. **Nombre.** Anotar los datos siguientes: anotar el apellido paterno y materno, así como el nombre del empleado.
5. **RFC.** La clave del Registro Federal de Contribuyentes a 12 o 13 posiciones.
6. **CURP.** La clave única de registro de población, de acuerdo con su cédula de identificación fiscal.
7. **IMSS.** En caso de tener IMSS, anotar su número de afiliación.
8. **Escolaridad.** Anotar el grado de estudios actual del trabajador.

**Datos de la Plaza Vacante.**

9. **Sustituir a.** El nombre completo de la última persona que ocupaba la plaza.
10. **Puesto.** El puesto del empleado a quién se sustituye.
11. **Nivel.** Del Puesto.
12. **Tipo de Plaza.** Marcar con una "X" el tipo de plaza, si este es de base o confianza y la  
**Vigencia si es** Definitiva, Provisional o Temporal.
13. **Justificación.** Exponer los motivos por los cuales se solicita autorización de este movimiento.

**Firma de Solicitud**

14. **Firma del Área Administrativa.** La firma del Área Administrativa que elaboró la solicitud de autorización del movimiento.
15. **Firma del Titular.** La firma de Visto Bueno del Titular de la Dependencia que autoriza el movimiento.
16. **Firma de Autorización.** Requisitado por la Dirección de Administración de Personal.
17. **Autorización.** Requisitado por la Dirección de Administración de Personal.

Formato DAP-01 A

Anexo 21 A

Solicitud de Autorización de Movimiento de Personal

|                                                                                                               | GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE<br>SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL<br>SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN<br>DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |       |                                           |  EN CAMPECHE<br>VAMOS POR NUESTRO<br>PROGRESO<br><b>SAIG</b><br>Formato DAP-01 A |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |         |                 |              |              |               |  |          |  |  |        |     |     |     |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---------|-----------------|--------------|--------------|---------------|--|----------|--|--|--------|-----|-----|-----|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                                                                                                                                                                                                | <b>SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE MOVIMIENTO DE PERSONAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |                                           |                                                                                                                                                                     |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |         |                 |              |              |               |  |          |  |  |        |     |     |     |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                | <b>I. DATOS DEL SOLICITANTE:</b><br>ENTIDAD PÚBLICA: _____<br>ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA: _____<br>TIPO DE MOVIMIENTO:                      ALTA: <input type="checkbox"/> PROMOCION: <input type="checkbox"/> CAMBIO DE NIVEL: <input type="checkbox"/> CONTRATO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |       |                                           |                                                                                                                                                                     |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |         |                 |              |              |               |  |          |  |  |        |     |     |     |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                | <b>II. DATOS DE LOS (LAS) PROPUESTOS (AS):</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">NOMBRE:</th> <th rowspan="2">PLAZA PROPUESTA</th> <th rowspan="2">NIVEL</th> <th rowspan="2">SUSTITUYE A:</th> <th colspan="2">TIPO DE PLAZA</th> <th colspan="4">VIGENCIA</th> </tr> <tr> <th>B</th> <th>C</th> <th>D</th> <th>P</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> |       |                                           |                                                                                                                                                                     |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   | NOMBRE: | PLAZA PROPUESTA | NIVEL        | SUSTITUYE A: | TIPO DE PLAZA |  | VIGENCIA |  |  |        | B   | C   | D   | P | T |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NOMBRE:                                                                                                                                                                                        | PLAZA PROPUESTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | NIVEL | SUSTITUYE A:                              | TIPO DE PLAZA                                                                                                                                                       |   | VIGENCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |   |         |                 |              |              |               |  |          |  |  |        |     |     |     |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |                                           | B                                                                                                                                                                   | C | D                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | P | T |         |                 |              |              |               |  |          |  |  |        |     |     |     |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |                                           |                                                                                                                                                                     |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |         |                 |              |              |               |  |          |  |  |        |     |     |     |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |                                           |                                                                                                                                                                     |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |         |                 |              |              |               |  |          |  |  |        |     |     |     |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |                                           |                                                                                                                                                                     |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |         |                 |              |              |               |  |          |  |  |        |     |     |     |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |                                           |                                                                                                                                                                     |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |         |                 |              |              |               |  |          |  |  |        |     |     |     |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |                                           |                                                                                                                                                                     |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |         |                 |              |              |               |  |          |  |  |        |     |     |     |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |                                           |                                                                                                                                                                     |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |         |                 |              |              |               |  |          |  |  |        |     |     |     |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |                                           |                                                                                                                                                                     |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |         |                 |              |              |               |  |          |  |  |        |     |     |     |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |                                           |                                                                                                                                                                     |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |         |                 |              |              |               |  |          |  |  |        |     |     |     |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |                                           |                                                                                                                                                                     |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |         |                 |              |              |               |  |          |  |  |        |     |     |     |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>V. FIRMA DE LA SOLICITUD</b><br>ELABORO _____ Vo. Bo. _____<br>_____<br>FIRMA DEL ÁREA ADMINISTRATIVA                      FIRMA DEL TITULAR                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       | <b>VI. FIRMA DE AUTORIZACION</b><br>_____ |                                                                                                                                                                     |   | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="4">AUTORIZACION</th> </tr> <tr> <th colspan="3">FECHA</th> <th rowspan="2">NUMERO</th> </tr> <tr> <th>DIA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> |   |   |         |                 | AUTORIZACION |              |               |  | FECHA    |  |  | NUMERO | DIA | MES | AÑO |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| AUTORIZACION                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |                                           |                                                                                                                                                                     |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |         |                 |              |              |               |  |          |  |  |        |     |     |     |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| FECHA                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       | NUMERO                                    |                                                                                                                                                                     |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |         |                 |              |              |               |  |          |  |  |        |     |     |     |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DIA                                                                                                                                                                                            | MES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | AÑO   |                                           |                                                                                                                                                                     |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |         |                 |              |              |               |  |          |  |  |        |     |     |     |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |                                           |                                                                                                                                                                     |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |         |                 |              |              |               |  |          |  |  |        |     |     |     |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NOTA. Este formato aplicará para las áreas sustantivas de la Administración Pública Estatal en razón de que no existen plazas vacantes al 1° de Enero 2015.<br><br>Presentar original y Copia. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |                                           |                                                                                                                                                                     |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |         |                 |              |              |               |  |          |  |  |        |     |     |     |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Formato DAP-01 A**  
**Solicitud de Autorización de Movimiento de Personal**

**Instructivo**

**Nombre de la Forma.** Solicitud de Autorización de Movimiento de Personal.

**Objeto de la Forma.** Solicitar la autorización para dar de alta o promocionar al personal para ocupar puestos vacantes o de nueva creación, mencionando las características y requisitos que deben reunir los candidatos. (Para dos o más propuestas)

**Instrucciones Generales.** Este formato será llenado a máquina o procesado en computadora y los datos no deberán invadir los límites de los recuadros. Asimismo este formato deberá ser firmado por el Titular de la Dependencia o Entidad Pública y el Titular del Área Administrativa.

**Elabora.** Las Dependencias y las Entidades Públicas (Área Administrativa).

**Destino.** La Dirección de Administración de Personal.

**Número de Copias:** Dos copias.

Original: Dirección de Administración de Personal.

1a. copia: Área Administrativa de la Dependencia o Entidad Pública.

2a. copia: Área de trabajo solicitante.

**Instrucciones de Llenado**

**Datos del Solicitante**

- 1. Entidad Pública.** El nombre de la Dependencia o Entidad Pública.
- 2. Estructura Programática.** Se anotará la clave completa que consta de 30 dígitos.
- 3. Tipo de Movimiento que deja la plaza vacante.** Marcar con una "X" el tipo de movimiento, si este es alta, promoción, cambio de nivel o contrato.

**Datos del (la) Propuesto (a).**

4. **Nombre.** Anotar los datos siguientes: anotar el apellido paterno y materno, así como el nombre del empleado.

**Datos de la Plaza Vacante.**

5. **Plaza Propuesta.** El puesto del empleado a quién se sustituye.
6. **Nivel.** Del Puesto.
7. **Sustituir a.** El nombre completo de la última persona que ocupaba la plaza.
8. **Tipo de Plaza.** Marcar con una "X" el tipo de plaza, si este es de base o confianza y la  
**Vigencia si es** Definitiva, Provisional o Temporal.

**Firma de Solicitud**

9. **Firma del Área Administrativa.** La firma del Área Administrativa que elaboró la solicitud de autorización del movimiento.
10. **Firma del Titular.** La firma de Visto Bueno del Titular de la Dependencia que autoriza el movimiento.
11. **Firma de Autorización.** Requisitado por la Dirección de Administración de Personal.
12. **Autorización.** Requisitado por la Dirección de Administración de Personal.

**Formato**  
**Solicitud de Empleo**

Anexo 22

|                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                            |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                        |  | <b>GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE</b><br>Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental<br>Subsecretaría de Administración<br>Dirección de Administración de Personal |  | <br> |  |
|                                                                                                                                         |  | <b>SOLICITUD DE EMPLEO</b>                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                            |  |
| FECHA                                                                                                                                   |  | PUESTO SOLICITADO                                                                                                                                                               |  | SUELDO MENSUAL DESEADO                                                                                                                                                     |  |
|                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                 |  | \$                                                                                                                                                                         |  |
| <b>DATOS PERSONALES</b>                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                            |  |
| NOMBRE                                                                                                                                  |  | APELLIDO PATERNO                                                                                                                                                                |  | APELLIDO MATERNO                                                                                                                                                           |  |
|                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                 |  | SEXO<br><input type="radio"/> MASCULINO<br><input type="radio"/> FEMENINO                                                                                                  |  |
| DOMICILIO                                                                                                                               |  | COLONIA                                                                                                                                                                         |  | ZONA POSTAL                                                                                                                                                                |  |
|                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                 |  | TELEFONO                                                                                                                                                                   |  |
| LUGAR DE NACIMIENTO                                                                                                                     |  | FECHA DE NACIMIENTO                                                                                                                                                             |  | EDAD                                                                                                                                                                       |  |
|                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                 |  | AÑOS                                                                                                                                                                       |  |
| VIVE CON                                                                                                                                |  | ESTATURA                                                                                                                                                                        |  | PESO                                                                                                                                                                       |  |
| <input type="radio"/> PADRES<br><input type="radio"/> FAMILIA<br><input type="radio"/> PARIENTES<br><input type="radio"/> SOLO          |  |                                                                                                                                                                                 |  | KG.                                                                                                                                                                        |  |
| PERSONAS QUE DEPENDEN DE USTED                                                                                                          |  | ESTADO CIVIL                                                                                                                                                                    |  | EXPLIQUE                                                                                                                                                                   |  |
| <input type="checkbox"/> HIJOS<br><input type="checkbox"/> CONYUGE<br><input type="checkbox"/> PADRES<br><input type="checkbox"/> OTROS |  | <input type="radio"/> SOLTERO<br><input type="radio"/> CASADO<br><input type="radio"/> OTRO                                                                                     |  |                                                                                                                                                                            |  |
| <b>ESTADO DE SALUD Y HABITOS PERSONALES</b>                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                            |  |
| ¿COMO SE CONSIDERA SU ESTADO DE SALUD ACTUAL?                                                                                           |  | ¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRONICA?                                                                                                                                              |  | ¿ESTA USTED EMBARAZADA?                                                                                                                                                    |  |
| <input type="radio"/> BUENO<br><input type="radio"/> REGULAR<br><input type="radio"/> MALO                                              |  | <input type="radio"/> SI<br><input type="radio"/> NO                                                                                                                            |  | <input type="radio"/> SI<br><input type="radio"/> NO                                                                                                                       |  |
| ¿CUANTAS FALTAS CONSIDERA HABER TENIDO AL TRABAJO EN EL ULTIMO AÑO DEBIDO A ENFERMEDADES?                                               |  | ¿ACOSTUMBRA USTED SER PUNTUAL EN SU TRABAJO?                                                                                                                                    |  | EN SUS TRABAJOS ANTERIORES ¿FUE USTED CUMPLIDO (A) EN SUS FUNCIONES?                                                                                                       |  |
|                                                                                                                                         |  | <input type="radio"/> SI<br><input type="radio"/> NO                                                                                                                            |  | <input type="radio"/> SI<br><input type="radio"/> NO                                                                                                                       |  |
| EN SUS TRABAJOS ANTERIORES ¿HA TENIDO USTED PROBLEMAS GRAVES CON SUS SUPERIORES?                                                        |  | ¿PRACTICA USTED ALGUN DEPORTE?                                                                                                                                                  |  | PERTENECE A ALGUN CLUB SOCIAL O DEPORTIVO?                                                                                                                                 |  |
| <input type="radio"/> SI<br><input type="radio"/> NO                                                                                    |  | <input type="radio"/> SI<br><input type="radio"/> NO                                                                                                                            |  | <input type="radio"/> SI<br><input type="radio"/> NO                                                                                                                       |  |
| ¿CUAL ES SU META EN LA VIDA?                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                            |  |
|                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                            |  |
| <b>DOCUMENTACION</b>                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                            |  |
| CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION (CURP)                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                 |  | AFORE                                                                                                                                                                      |  |
| REG. FED. DE CAUSANTES No.                                                                                                              |  | No. DE AFILIACION AL I.M.S.S. / ISSSTE                                                                                                                                          |  | CARTILLA DE SERVICIO MILITAR No.                                                                                                                                           |  |
|                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                 |  | PASAPORTE NO.                                                                                                                                                              |  |
| ¿TIENE LICENCIA DE MANEJO?                                                                                                              |  | CLASE Y NUMERO DE LICENCIA                                                                                                                                                      |  | SIENDO EXTRANJERO QUE DOCUMENTOS LO ACREDITA PARA TRABAJAR EN EL PAIS                                                                                                      |  |
|                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                            |  |
| <b>DATOS FAMILIARES</b>                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                            |  |
| NOMBRE                                                                                                                                  |  | VIVE                                                                                                                                                                            |  | FINADO                                                                                                                                                                     |  |
| PADRE                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                            |  |
| MADRE                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                            |  |
| ESPOSO (A)                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                            |  |
| NOMBRE Y EDADES DE LOS HIJOS                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                            |  |
| <b>ESTUDIOS REALIZADOS</b>                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                            |  |
| NOMBRE DE LA ESCUELA                                                                                                                    |  | CIUDAD Y ESTADO                                                                                                                                                                 |  | FECHA                                                                                                                                                                      |  |
|                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                 |  | DE A AÑOS                                                                                                                                                                  |  |
| PRIMARIA                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                            |  |
| SECUNDARIA O PREVOCAACIONAL                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                            |  |
| PREPARATORIA O VOCACIONAL                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                            |  |
| PROFESIONAL                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                            |  |
| COMERCIAL O OTRAS                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                            |  |
| ESTUDIOS QUE ESTA EFECTUANDO EN LA ACTUALIDAD                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                            |  |
| ESCUELA                                                                                                                                 |  | HORARIO                                                                                                                                                                         |  | CURSOS O CARRERA                                                                                                                                                           |  |
|                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                 |  | GRADO                                                                                                                                                                      |  |

(Hoja 1)

## Formato Solicitud de Empleo

| DOCUMENTACION BASICA                                             |                             |                                                |                 |                     |
|------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------|-----------------|---------------------|
| IDIOMA QUE DOMINA                                                |                             |                                                |                 |                     |
| MAQUINA DE OFICINA QUE DOMINA                                    |                             |                                                |                 |                     |
| MAQUINA DE OFICINA QUE SEPA MANEJAR                              |                             |                                                |                 |                     |
| MAQUINA DE TALLER QUE SEPA MANEJAR                               |                             |                                                |                 |                     |
| OTROS TRABAJOS O FUNCIONES QUE DOMINE                            |                             |                                                |                 |                     |
| EMPLEO ACTUAL Y ANTERIORES                                       |                             |                                                |                 |                     |
| CONCEPTO                                                         | EMPLEO ACTUAL O ULTIMO      | EMPLEO ANTERIOR                                | EMPLEO ANTERIOR | EMPLEO ANTERIOR     |
| TIEMPO QUE PRESTO SUS SERVICIOS                                  |                             |                                                |                 |                     |
| EMPRESA O PROPIETARIO                                            |                             |                                                |                 |                     |
| DOMICILIO                                                        |                             |                                                |                 |                     |
| TELEFONO                                                         |                             |                                                |                 |                     |
| PUESTO DESEMPEÑADO                                               |                             |                                                |                 |                     |
| SUELDO                                                           | INICIAL                     |                                                |                 |                     |
|                                                                  | FINAL                       |                                                |                 |                     |
| MOTIVO DE SEPARACION                                             |                             |                                                |                 |                     |
| NOMBRE DE SU JEFE INMEDIATO                                      |                             |                                                |                 |                     |
| PUESTO DE SU JEFE INMEDIATO                                      |                             |                                                |                 |                     |
| PODEMOS SOLICITAR INFORMES DE USTED                              | SI NO                       | SI NO                                          | SI NO           | SI NO               |
| REFERENCIAS PERSONALES (No incluye parientes o jefes anteriores) |                             |                                                |                 |                     |
| NOMBRE COMPLETO                                                  | DOMICILIO                   | TELEFONO                                       | OCUPACION       | TIEMPO DE CONOCERLO |
|                                                                  |                             |                                                |                 |                     |
|                                                                  |                             |                                                |                 |                     |
| DATOS GENERALES                                                  |                             |                                                |                 |                     |
| ¿COMO SUPO USTED DE ESTE EMPLEO?                                 |                             | ¿TIENE USTED OTRO INGRESO?                     |                 | IMPORTE MENS.       |
| ANUNCIO OTRO MEDIO                                               |                             | NO SI (DESCRIBALO)                             |                 |                     |
| ¿TIENE PARIENTES TRABAJANDO EN ESTE CENTRO DE TRABAJO?           |                             | ¿SU CONYUGE TRABAJA?                           |                 | PERCEP. MENS.       |
| NO SI (NOMBRELOS)                                                |                             | NO SI (DONDE)                                  |                 |                     |
| ¿HA ESTADO AFIANZADO?                                            |                             | ¿VIVE EN CASA PROPIA?                          |                 | VALOR APROX.        |
| NO SI (NOMBRE DE LA CIA)                                         |                             | NO SI                                          |                 |                     |
| ¿HA ESTADO AFIANZADO A ALGUN SINDICATO?                          |                             | ¿PAGA RENTA?                                   |                 | RENTA MENS.         |
| NO SI (A CUAL)                                                   |                             | NO SI                                          |                 |                     |
| ¿TIENE SEGURO DE VIDA?                                           |                             | ¿TIENE AUTOMOVIL PROPIO?                       |                 | MARCA MODELO        |
| NO SI (NOMBRE DE LA CIA)                                         |                             | NO SI                                          |                 |                     |
| ¿PUEDE USTED VIAJAR?                                             |                             | ¿TIENE DEUDAS?                                 |                 | IMPORTE             |
| SI NO (RAZONES)                                                  |                             | NO SI                                          |                 |                     |
| ¿ESTA DISPUESTO A CAMBIAR DE LUGAR DE RESIDENCIA?                |                             | ¿CUANTO ABONA MENSUALMENTE?                    |                 |                     |
| SI NO (RAZONES)                                                  |                             |                                                |                 |                     |
| FECHA EN QUE USTED PUEDE PRESENTARSE A TRABAJAR                  |                             | ¿A CUANTO ASCIENDEN SUS GASTOS MENSUALES?      |                 |                     |
|                                                                  |                             | \$                                             |                 |                     |
| COMENTARIOS DEL ENTREVISTADOR                                    |                             | HAGO CONSTAR QUE MIS RESPUESTAS SON VERDADERAS |                 |                     |
|                                                                  |                             | FIRMA DEL SOLICITANTE                          |                 |                     |
| ENTREVISTADO POR                                                 | REFERENCIAS CONFIRMADAS POR | ACEPTADO O RECHAZADO POR                       | INICIO EL DIA   | SE SEPARO EL DIA    |
|                                                                  |                             |                                                |                 |                     |

(Hoja 2)

**Formato DAP-02**  
**Calendario de Fechas Límites 2015**

Anexo 23



**GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE**  
**SECRETARIA DE ADMINISTRACION E INNOVACION GUBERNAMENTAL**  
**DIRECCION DE ADMINISTRACION DE PERSONAL**



**ANEXO PARA COORDINADORES ADMINISTRATIVOS**  
**CALENDARIO DE FECHAS LIMITES 2015**

| QUINCENAS |            | ULTIMO DIA<br>RECEPCION<br>MOVIMIENTOS | ENTREGA DE<br>NOMINAS | PAGO AL<br>PERSONAL | DEVOLUCION DE<br>NOMINAS FIRMADAS |
|-----------|------------|----------------------------------------|-----------------------|---------------------|-----------------------------------|
| 1         | 1ra. ENE   | 16-dic                                 | 14-ene                | 15-ene              | 29-ene                            |
| 2         | 2da. ENE   | 05-ene                                 | 29-ene                | 30-ene              | 13-feb                            |
| 3         | 1ra. FEB   | 16-ene                                 | 13-feb                | 13-feb              | 26-feb                            |
| 4         | 2da. FEB   | 30-ene                                 | 26-feb                | 27-feb              | 12-mar                            |
| 5         | 1ra. MAR   | 13-feb                                 | 12-mar                | 13-mar              | 27-mar                            |
| 6         | 2da. MAR   | 27-feb                                 | 27-mar                | 30-mar              | 14-abr                            |
| 7         | 1ra. ABRIL | 13-mar                                 | 14-abr                | 15-abr              | 29-abr                            |
| 8         | 2da. ABRIL | 31-mar                                 | 29-abr                | 30-abr              | 14-may                            |
| 9         | 1ra. MAYO  | 15-abr                                 | 14-may                | 15-may              | 29-may                            |
| 10        | 2da. MAYO  | 30-abr                                 | 29-may                | 29-may              | 12-jun                            |
| 11        | 1ra. JUN   | 08-may                                 | 12-jun                | 15-jun              | 29-jun                            |
| 12        | 2da. JUN   | 22-may                                 | 29-jun                | 30-jun              | 14-jul                            |
| 13        | 1ra. JUL   | 12-jun                                 | 14-jul                | 15-jul              | 29-jul                            |
| 14        | 2da. JUL   | 26-jun                                 | 29-jul                | 30-jul              | 13-ago                            |
| 15        | 1ra. AGO   | 15-jul                                 | 13-ago                | 14-ago              | 27-ago                            |
| 16        | 2da. AGO   | 30-jul                                 | 27-ago                | 28-ago              | 14-sep                            |
| 17        | 1ra. SEPT  | 14-ago                                 | 14-sep                | 15-sep              | 29-sep                            |
| 18        | 2da. SEPT  | 28-ago                                 | 29-sep                | 30-sep              | 14-oct                            |
| 19        | 1ra. OCT   | 11-sep                                 | 14-oct                | 15-oct              | 29-oct                            |
| 20        | 2da. OCT   | 25-sep                                 | 29-oct                | 30-oct              | 13-nov                            |
| 21        | 1ra. NOV   | 09-oct                                 | 13-nov                | 13-nov              | 27-nov                            |
| 22        | 2da. NOV   | 23-oct                                 | 27-nov                | 30-nov              | 11-dic                            |

NOTAS:

1. LA ENTREGA DE MOVIMIENTOS DE PERSONAL DEBERA EFECTUARSE EN LA DIRECCION DE ADMINISTRACION DE PERSONAL EN LA FECHA ESTIPULADA.
2. LA ENTREGA DE NOMINAS Y CHEQUES A LA UNIDADES ADMINISTRATIVAS SE REALIZARA EN LA DIRECCION DE ADMINISTRACION DE PERSONAL CONFORME A ESTE CALENDARIO.  
ES RESPONSABILIDAD DEL COORDINADOR ADMINISTRATIVO DE CADA DEPENDENCIA Y ENTIDAD, VIGILAR QUE LA ENTREGA DE LA NOMINA DEBIDAMENTE FIRMADA SEA EN LA FECHA ESTABLECIDA.

Formato DAP-03

Anexo 24

Movimientos de Personal




**MOVIMIENTOS DE PERSONAL** Formato DAP-03

**C. LIC. MARIA LUISA SAHAGÚN ARCILA**  
SECRETARIA DE ADMN. E INNOV. GUB.  
**P R E S E N T E**

|                               |                               |                                    |
|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| ALTA <input type="checkbox"/> | BAJA <input type="checkbox"/> | REINGRESO <input type="checkbox"/> |
| No. OFICIO: _____             |                               |                                    |

| TIPO DE NOMINA |                 |          |
|----------------|-----------------|----------|
| GENERAL        | DESCENTRALIZADA | INTERINA |
|                |                 |          |

**ESTRUCTURA PROGRAMATICA:**  
\_\_\_\_\_

DEPENDENCIA Y/O ORGANISMO: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

**NO. DE MOVIMIENTO DAP**

| FECHA |     |     | NÚMERO |
|-------|-----|-----|--------|
| DIA   | MES | AÑO |        |
|       |     |     |        |

**DATOS DEL PERSONAL**

|                          |                           |                  |
|--------------------------|---------------------------|------------------|
| NOMBRE (S)               | APELLIDO PATERNO          | APELLIDO MATERNO |
| R. F. C. _____           | C. U. R. P. _____         | IMSS _____       |
| NUMERO DE EMPLEADO _____ | Correo Electrónico: _____ |                  |

**DATOS DEL MOVIMIENTO**

|                                              |                                               |                                      |                                        |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------|
| 01 ALTA <input type="checkbox"/>             | 02 BAJA <input type="checkbox"/>              | 03 LICENCIA <input type="checkbox"/> | 04 VACACIONES <input type="checkbox"/> |
| CLAVE _____                                  | ESPECIFIQUE: _____                            | RADICACION: _____                    |                                        |
| PUESTO: _____                                |                                               | NIVEL: _____                         |                                        |
| SUSTITUYE A: _____                           |                                               | CLAVE DEL PUESTO                     | PERCEPCION MENSUAL (1101)              |
| A PARTIR DEL _____                           | AL _____                                      |                                      |                                        |
| TIPO DE PLAZA: BASE <input type="checkbox"/> | VIGENCIA: DEFINITIVA <input type="checkbox"/> | TURNO LABORAL                        |                                        |
| CONFIANZA <input type="checkbox"/>           | INTERINO <input type="checkbox"/>             | T.M.                                 | T.V.                                   |
|                                              | CONTRATO <input type="checkbox"/>             | MIXTO                                | NOCTURNO                               |
|                                              |                                               | POR HORAS                            |                                        |

**05 DESCUENTO**

|                                                    |                                           |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| TOTAL DE DIAS A DESCONTAR <input type="checkbox"/> | OTROS DESCUENTOS                          |
| RETARDO DEL (LOS) DÍA (S) _____                    | Especifique: _____                        |
| FALTAS INJUSTIFICADAS DEL (LOS) DÍA (S) _____      | MONTO \$ _____                            |
|                                                    | NO. DE QUINCENAS <input type="checkbox"/> |

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ELABORO

\_\_\_\_\_

COORDINADOR ADMINISTRATIVO

Vo. Bo.

\_\_\_\_\_

TITULAR DE LA DEPENDENCIA

AUTORIZO

\_\_\_\_\_

DIRECTORA DE ADMINISTRACION DE PERSONAL

**NOTA** Las Altas serán efectivas hasta que el titular del Poder Ejecutivo las autorice y la Dirección de Administración de Personal se los informe, pudiendo ser de carácter definitivo o temporal y su expedición se hará conforme a los movimientos escalafonarios que procedan, por lo tanto, si una Dependencia o Entidad no cuenta con la autorización correspondiente no deberá iniciar la relación laboral. La Dependencia o Entidad que incorpore a trabajadores sin autorización de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental, será responsable de esa contratación por el tiempo no autorizado.

Original: EXPEDIENTE PERSONAL / C.p.: MINUTARIO GRAL. / C.p.: PROCESOS DE NOMINA / C.p.: DEPENDENCIA.

**Formato DAP-03**  
**Movimientos de Personal**

**06 DATOS PERSONALES DEL EMPLEADO**

|                    |                                |                     |
|--------------------|--------------------------------|---------------------|
| Domicilio:         | _____                          | Teléfono: _____     |
|                    | Calle No. Ext. Int.            | Estado Civil: _____ |
|                    | Barrio o Colonia Código Postal | Sexo: _____         |
| Escolaridad: _____ |                                | Firma _____         |

**07 ANEXOS**

| COPIAS                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.- ORIGINAL Y COPIA LEGIBLE DE CEDULA UNICA DE IDENTIFICACION DE PERSONAL PROPORCIONADA POR LA DAP. DAP-05(*)                                |
| 2.- DOS COPIAS LEGIBLES DE LA CLAVE UNICA DEL REG. DE POBLACION (CURP)                                                                        |
| 3.- DOS COPIAS LEGIBLES DE ALTA DEL R.F.C. ANTE LA S.H.C.F.                                                                                   |
| 4.- DOS LEGIBLES DE LA ASIGNACION DEL NUMERO DE SEG. SOCIAL EXP. POR EL IMSS                                                                  |
| 5.- ORIGINAL Y COPIA DE LA CARTA DE AUTORIZACION PAGO DE NOMINA VIA TARJETA DE DEBITO (ANEXAR COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR)              |
| 6.- DOS COPIAS LEGIBLES DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR (IFE, HOY INE)                                                                            |
| 7.- ORIGINAL Y 3 COPIAS DEL FORMATO "POLIZA DE SEG. DE VIDA"                                                                                  |
| 8.- CUATRO FOTOGRAFIAS RECIENTES TAMAÑO INFANTIL                                                                                              |
| 9.- ORIGINAL Y COPIA LEGIBLE DEL ACTA DE NACIMIENTO FORMATO ACTUAL                                                                            |
| 10.- ORIGINAL DE LA CONSTANCIA DE NO INHABILITACION, EXP. POR LA CONTRALORIA                                                                  |
| 11.- ORIGINAL DE CERTIFICADO DE SALUD                                                                                                         |
| 12.- COPIA LEGIBLE DE LA ULTIMA CONSTANCIA DE ESTUDIOS                                                                                        |
| 13.- ORIGINAL O COPIA LEGIBLE DEL CURRICULUM VITAE                                                                                            |
| 14.- COPIA DE LA CARTILLA DEL SERVICIO MILITAR NACIONAL LIBERADA (SOLO HOMBRES)                                                               |
| 15.- ORIGINAL DE LA CARTA COMPROMISO DE COMPATIBILIDAD DE EMPLEO                                                                              |
| 16.- ORIGINAL Y COPIA DEL AVISO DE ACREDITACION ANTE EL INFONAVIT                                                                             |
| 17.- DOS COPIAS LEGIBLES DEL COMPROMISO DEL DOMICILIARIO CARRERA FORMAL                                                                       |
| 18.- CERTIFICADO DEL CENTRO DE EVAL. Y CONTROL DE CURRICO DE LOS EDU. DE GRAD. (SOLO PARA EL PERSONAL DE SEG. PUB. Y PROCURACION DE JUSTICIA) |
| OTROS (Especificar):                                                                                                                          |
| _____                                                                                                                                         |
| _____                                                                                                                                         |
| _____                                                                                                                                         |
| NOTA:                                                                                                                                         |
| *Entregar Original                                                                                                                            |

**08 CLAVES DE IDENTIFICACION DE CAUSAS DE:**

| ALTAS Y BAJAS                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>EVENTUALES Y/O INTERINATOS</b>                                                        |
| 05 ENFERMEDAD GENERAL                                                                    |
| 06 ENFERMEDAD PROFESIONAL                                                                |
| 07 MATERNIDAD                                                                            |
| 08 COMISION OFICIAL                                                                      |
| 09 TRAMITE DE JUBILACION                                                                 |
| 10 LICENCIA DE PERSONAL                                                                  |
| 11 OCUPAR CARGO ELECTORAL POPULAR                                                        |
| 12 DICTAMEN DE INVALIDEZ TEMPORAL (IMSS)                                                 |
| 13 RETARDOS ACUMULADOS                                                                   |
| 14 FALTAS INJUSTIFICADAS                                                                 |
| 15 VACACIONES                                                                            |
| 16 SUSPENSION TEMPORAL (CONFORME A LA LEY EN LA MATERIA)                                 |
| <b>DEFINITIVOS</b>                                                                       |
| 17 VACANTE                                                                               |
| 18 PROMOCION EN PLAZA                                                                    |
| 19 RENUNCIA                                                                              |
| 20 DICTAMEN CESE                                                                         |
| 21 FALLECIMIENTO                                                                         |
| 22 JUBILACION                                                                            |
| 23 PENSION                                                                               |
| 24 TERMINACION DE CONTRATOS                                                              |
| 25 ABANDONO DE EMPLEO                                                                    |
| 26 SENTENCIA EJECUTORIA                                                                  |
| 27 CAMBIO DE DESCRIPCION                                                                 |
| 28 POR TERMINO DE ENCARGO (Solo Mandar Mediar y Superiorior designador por el Ejecutivo) |
| 29 DICTAMEN DE INVALIDEZ (IMSS)                                                          |

**Formato DAP-03**  
**Movimientos de Personal**

**Instructivo**

**Nombre de la Forma.** Movimientos de personal.

**Objeto de la Forma.** Gestionar las afectaciones autorizadas al capítulo 1000, Servicios Personales por:

Altas

- Plaza Vacante.
- Plaza de Nueva Creación.

Movimientos de Personal

- Transferencia.
- Permuta.

Bajas

- Renuncia del Trabajador.
- Cese Motivado por el Trabajador.
- Fallecimiento del Trabajador.
- Incapacidad Permanente, Física o Mental que impida al Trabajador desempeñar sus labores.

Descuentos

- Retardo.
- Falta Injustificada.
- Uso indebido de las Líneas Telefónicas del Gobierno.

Vacaciones

Licencias

- Sin goce de sueldo.
- General.

**Instrucciones Generales.** Este formato será llenado a máquina y los datos no deberán invadir los límites de los recuadros, se deberá utilizar un formato para cada tipo de movimiento. Asimismo deberá de ser firmado por el Titular del Área Administrativa, el Titular de la Dependencia o Entidad Pública, y el Director de Administración de Personal.

**Elabora.** Las Dependencias y las Entidades Públicas (Área Administrativa).

**Destino.** La Dirección de Administración de Personal.

**Número de Copias.** Tres.

Original : Expediente del servidor público.

1a. copia: Minutario del Departamento de Incidencias y Prestaciones.

2a. copia: Procesos de Nómina de la Dirección de Administración de Personal.

3a. copia: Área Administrativa de la Dependencia / Entidad Pública.

### Instrucciones de Llenado

- 1. No. Oficio y Fecha.** La numeración otorgada por la Dependencia u Organismo Descentralizado; y el día, mes y año en que fue llenado el formato.
- 2. C.** El nombre del Secretario de Administración e Innovación Gubernamental.
- 3.** Marcar con una "X" el tipo de movimiento; anotar el nombre del tipo de nómina a que corresponda el movimiento: General; Organismos, Seguridad Pública, Interinos, Educación y Salud
- 4. Estructura Programática.** Se anotará la clave completa.
- 5 Autorización.** Se requisita por la Dirección de Administración de Personal.
- 6. Nombre.** Anotar los datos siguientes: el nombre, apellido paterno y materno del empleado.  
**RFC.** La clave del Registro Federal de Contribuyentes a 12 o 13 posiciones.  
**Unidad.** El nombre del área de trabajo de adscripción.  
**IMSS.** Anotar su número de afiliación.  
**Puesto y Nivel.** El nombre y nivel del puesto según denominación del catálogo de puestos.  
**CURP.** La clave única de registro de población, de acuerdo con su cédula de identificación fiscal.  
**Percepción Mensual.** El monto del puesto de un mes.  
**Clave del Puesto.** Las siglas del puesto (según denominación del catálogo de puestos).  
**Número del Empleado.** El número de control único e interpersonal que corresponde al servidor público para efecto de nómina y de control de personal. El número que le corresponde al empleado según nómina.  
**Turno laboral.** Marque con una "X" el turno correspondiente.
- 7.** Marque con una "X" y llene este apartado si el movimiento es de alta.  
**Nómina.** El nombre de la nómina: poder ejecutivo, general, organismos descentralizados, interina, educación, seguridad pública.  
**Sustituye a.** Llenar este apartado al tratarse de una plaza vacante o suplencia, con el nombre de empleado a quien se sustituye.

**A partir del.** Si se trata de una Plaza vacante.- fecha en que iniciará a laborar, si se trata de una suplencia.- anotar el periodo que abarca la suplencia.

**Radicación.** El lugar donde se encuentra adscrito su centro de trabajo.

**Tipo de Plaza.** Señalar con una "X" el tipo de plaza a ocupar.

**Vigencia.** Señalar con una "X" la vigencia de la plaza.

**Clave de Identificación de la causa.** Anotar la clave y especificar de qué se trata (consultar hoja 2 del formato)

8. Llene este apartado si el movimiento es de baja, licencia o vacaciones. Marque con una "X" el movimiento a efectuar.

**A partir del.** Si se trata de baja se anotará la fecha a partir de la cual procede el movimiento.

En el caso de Licencia o Vacaciones.- Se anotará el periodo que abarcará, según sea el caso.

**Clave de Identificación de la Causa.** Anotar la clave y especificar de qué se trata (consultar hoja 2 del formato).

9. Llene este apartado si el movimiento es de descuento. Marque con una "X" el movimiento.

**Total de Días.** El número de días a descontar.

**Retardos del (los) día (s).** Anotar los días, mes y año de los retardos

**Faltas injustificadas del (los) día (s).** El (los) día(s), mes y año de las faltas que no tienen justificación.

**Monto.** La cantidad a descontar.

**Clave de identificación de la causa.** Anotar la clave y especificar de qué se trata (consultar hoja 2 del formato).

10. **Observaciones.** Anotar las principales funciones que desempeñará y el área específica a la cual estará adscrito, señalando el Departamento de su adscripción.

11. **Firmas.** La firma de las autoridades superiores que autorizan el movimiento, incluyendo al Titular de la Dependencia.

12. **Datos Personales del Empleado.** Anotar los datos siguientes:

**Domicilio.** El nombre de la calle, la colonia; el No. o letra exterior o interior y el nombre de las calles entre las que se encuentra el domicilio. Así como el barrio o colonia y el Código Postal.

**Teléfono.** El número telefónico de su domicilio.

**Estado Civil.** Anotar su estado civil.

**Sexo.** Anotar su género.

**Escolaridad.** Anotar la profesión o el último grado de estudios.

13. **Firma del Empleado.** La firma legible del trabajador que corrobora sus datos personales en los casos de los movimientos de altas, promociones, cambios de adscripción, interinos nuevos, debidamente requisitados.

Formato DAP-03 A

Anexo 24 A

Movimientos de Personal de Educación

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE<br>SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL<br>SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN<br>DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL |  <p>EN CAMPECHE<br/>VAMOS POR NUESTRO<br/>PROGRESO</p> <p><b>SAIG</b></p>                                                                                                                                                                                             |                       |  |  |         |            |          |     |     |     |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--|--|---------|------------|----------|-----|-----|-----|--|--|--|--------|--|--|--|--|--|
| <b>MOVIMIENTOS DE PERSONAL DE EDUCACION</b> <span style="float: right;">Formato DAP-03A</span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |  |  |         |            |          |     |     |     |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| C. LIC. MARIA LUISA SAHAGÚN ARCILA<br>SECRETARIA DE ADMÓN. E INNOV. GUB.<br>P R E S E N T E                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ALTA <input type="checkbox"/> BAJA <input type="checkbox"/><br>No. OFICIO: _____                                                                                         | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">TIPO DE NOMINA</th> </tr> <tr> <td style="width: 33%;">GENERAL</td> <td style="width: 33%;">HOMOLOGADA</td> <td style="width: 33%;">MAESTROS</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>                                                     | TIPO DE NOMINA        |  |  | GENERAL | HOMOLOGADA | MAESTROS |     |     |     |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| TIPO DE NOMINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |  |  |         |            |          |     |     |     |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| GENERAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | HOMOLOGADA                                                                                                                                                               | MAESTROS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |  |  |         |            |          |     |     |     |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |  |  |         |            |          |     |     |     |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| ESTRUCTURA PROGRAMATICA: _____<br>ESCUELA: _____<br>ZONA ESCOLAR: _____    CLAVE DEL CENTRO DE TRABAJO: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                          | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">NO. DE MOVIMIENTO DAP</th> </tr> <tr> <th colspan="3">FECHA</th> </tr> <tr> <th>DÍA</th> <th>MES</th> <th>AÑO</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <th colspan="3">NUMERO</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> | NO. DE MOVIMIENTO DAP |  |  | FECHA   |            |          | DÍA | MES | AÑO |  |  |  | NUMERO |  |  |  |  |  |
| NO. DE MOVIMIENTO DAP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |  |  |         |            |          |     |     |     |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| FECHA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |  |  |         |            |          |     |     |     |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| DÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | MES                                                                                                                                                                      | AÑO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                       |  |  |         |            |          |     |     |     |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |  |  |         |            |          |     |     |     |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| NUMERO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |  |  |         |            |          |     |     |     |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |  |  |         |            |          |     |     |     |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| <b>DATOS DEL PERSONAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |  |  |         |            |          |     |     |     |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| NOMBRE (S) _____    APELLIDO PATERNO _____    APELLIDO MATERNO _____<br>R. F. C. _____    C. U. R. P. _____    IMSS: _____<br>NUMERO DE EMPLEADO: _____    _____    ISSSTE: _____<br>Correo Electrónico _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |  |  |         |            |          |     |     |     |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| <b>DATOS DEL MOVIMIENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |  |  |         |            |          |     |     |     |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| 01 ALTA <input type="checkbox"/> 02 BAJA <input type="checkbox"/> 03 LICENCIA <input type="checkbox"/> 04 VACACIONES <input type="checkbox"/><br>CLAVE: _____    ESPECIFIQUE: _____    RADICACION: _____<br>PUESTO: _____    NIVEL: _____    CLAVE DEL PUESTO _____    PERCEPCION MENSUAL (100) _____<br>FUNCIONES A DESEMPEÑAR: _____<br>SUSTITUYE A: _____<br>A PARTIR DEL: _____    AL: _____<br>TIPO DE PLAZA: DOCENTE <input type="checkbox"/> ADMINISTRATIVA <input type="checkbox"/> APOYO <input type="checkbox"/><br>VIGENCIA: DEFINITIVA <input type="checkbox"/> EVENTUAL <input type="checkbox"/> INTERINO <input type="checkbox"/><br>NUMERO DE HORAS _____<br>NUMERO DE HORAS _____<br>NUMERO DE HORAS _____ |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |  |  |         |            |          |     |     |     |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| <b>05 DESCUENTO</b> <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |  |  |         |            |          |     |     |     |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| TOTAL DE DIAS A DESCONTAR: _____<br>RETARDO DEL (LOS) DÍA (S): _____<br>FALTAS INJUSTIFICADAS DEL (LOS) DÍA (S): _____<br>OTROS DESCUENTOS: Especifique: _____<br>MONTO \$ _____<br>NO. DE QUINCENAS: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |  |  |         |            |          |     |     |     |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| OBSERVACIONES: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |  |  |         |            |          |     |     |     |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| PROPONE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | VALIDO                                                                                                                                                                   | CERTIFICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       |  |  |         |            |          |     |     |     |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| OTORGA VIGENCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |  |  |         |            |          |     |     |     |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| AREA EDUCATIVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | SUBJEFE DE RECEC. HUM.                                                                                                                                                   | DIRECTOR DE EDUCACION BASICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |  |  |         |            |          |     |     |     |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| Vo. Bo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SUBSECRETARIO DE SERVS. ADMINISTRATIVOS                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |  |  |         |            |          |     |     |     |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                          | AUTORIZO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |  |  |         |            |          |     |     |     |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| SECRETARIO DE EDUCACION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                          | CP. MILDRET GUADALUPE SUAREZ BURGOS<br>DIRECTORA DE ADMINISTRACION DE PERSONAL                                                                                                                                                                                                                                                                           |                       |  |  |         |            |          |     |     |     |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| NOTA. Las Altas serán efectivas hasta que el titular del Poder Ejecutivo las autorice y la Dirección de Administración de Personal se los informe, pudiendo ser de carácter definitivo o temporal y su expedición se hará conforme a los movimientos escalafonarios que procedan, por lo tanto, si una Dependencia o Entidad no cuenta con la autorización correspondiente no deberá iniciar la relación laboral. La Dependencia o Entidad que incorpore a trabajadores sin autorización de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental, será responsable de esa contratación por el tiempo no autorizado.                                                                                                  |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |  |  |         |            |          |     |     |     |  |  |  |        |  |  |  |  |  |
| Original: EXPEDIENTE PERSONAL / C.c.p.: MINUTARIO GRAL. / C.c.p.: PROCESOS DE NOMINA / C.c.p.: DEPENDENCIA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |  |  |         |            |          |     |     |     |  |  |  |        |  |  |  |  |  |

(Hoja 1)

## Formato DAP- 03 A

### Movimientos de Personal de Educación

| <b>06 DATOS PERSONALES DEL EMPLEADO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                |                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                          |                                   |                                                             |                                                  |                                                     |                                              |                                                             |                                                                                                                  |                                                    |                                              |                                           |                                                                                                                  |                                                    |                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------|------------------|------------------|-----------------------|-------------|-----------------------------|-----------------------|-------------------------|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| Domicilio: _____<br><div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-left: 40px;"> <span>Calle</span> <span>No. Ext. Int.</span> </div><br><div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-left: 40px;"> <span>Barrio o Colonia</span> <span>Código Postal</span> </div><br>Escolaridad: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Teléfono: _____<br>Estado Civil: _____<br>Sexo: _____<br><br><div style="text-align: right;">Firma _____</div> |                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                          |                                   |                                                             |                                                  |                                                     |                                              |                                                             |                                                                                                                  |                                                    |                                              |                                           |                                                                                                                  |                                                    |                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;"><b>07 ANEXOS</b></th> <th style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;"><b>08 CLAVES DE IDENTIFICACION DE CAUSAS DE:</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px; vertical-align: top;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;"><b>COPIAS</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="padding: 2px;">1. *CEDULA UNICA DE IDENTIFICACION DE PERSONAL PROPORCIONADA POR LA DAP.</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">2. *ACTA DE NACIMIENTO.</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">3. ULTIMA CONSTANCIA DE ESTUDIOS.</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">4. CURRICULUM VITAE.</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">5. CARTILLA DEL SERVICIO MILITAR NACIONAL LIBERADA.</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">6. *CERTIFICADO DE SALUD.</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">7. *CONSTANCIA DE HABILITACION EXPEDIDA POR LA CONTRALORIA.</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">8. CLAVE UNICA DEL REGISTRO DE POBLACION (CURP).</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">9. ALTA DEL R.F.C. ANTE LA S.H.C.P.</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">10. ASIGNACION DE NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">11. *FORMATO DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA.</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">12. *CARTA DE AUTORIZACION PARA PAGO DE NOMINA VIA TARJETA DE DEBITO<br/>ANEXAR COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">13. *CARTA COMPROMISO DE COMPATIBILIDAD DE EMPLEO.</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">14. CUATRO FOTOGRAFIAS TAMAÑO INFANTIL.</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">15. COMPROBANTE DOMICILIARIO CATASTRAL</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">16. CREDENCIAL DE ELECTOR</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">17. *AVISO DE ACREDITACION ANTE EL INFONAVIT</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">OTROS (Especificar):<br/>_____<br/>_____<br/>_____</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">NOTA:<br/>* Entre paréntesis Original</td></tr> </tbody> </table> </td> <td style="width: 50%; padding: 5px; vertical-align: top;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;"><b>ALTAS Y BAJAS</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;"><b>EVENTUALES Y/O INTERINATOS</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="padding: 2px;">05 ENFERMEDAD GENERAL</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">07 MATERNIDAD</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">08 COMISION OFICIAL</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">09 TRAMITE DE JUBILACION</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">10 LICENCIA DE PERSONAL</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">11 OCUPAR CARGO ELECTORAL POPULAR</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">12 DICTAMEN DE INVALIDEZ TEMPORAL (IMSS)</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">13 RETARDOS ACUMULADOS</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">14 FALTAS INJUSTIFICADAS</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">15 VACACIONES</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">16 SUSPENSION TEMPORAL (CONFORME A LA LEY EN LA MATERIA)</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">DEFINITIVOS</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">17 VACANTE</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">18 PROMOCION EN PLAZA</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">19 RENUNCIA</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">20 DICTAMEN CESE</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">21 FALLECIMIENTO</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">22 JUBILACION</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">23 PENSION</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">24 TERMINACION DE CONTRATOS</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">25 ABANDONO DE EMPLEO</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">26 SENTENCIA EJECUTORIA</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">27 CAMBIO DE ADSORCION</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">28 POR TERMINO DE ENCARGO (Sala Mandar Mediar y Superior o designado por el Ejecutivo)</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">29 DICTAMEN DE INVALIDEZ (IMSS)</td></tr> </tbody> </table> </td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> </tbody> </table> |                                                                                                                | <b>07 ANEXOS</b>                                                         | <b>08 CLAVES DE IDENTIFICACION DE CAUSAS DE:</b> | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;"><b>COPIAS</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="padding: 2px;">1. *CEDULA UNICA DE IDENTIFICACION DE PERSONAL PROPORCIONADA POR LA DAP.</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">2. *ACTA DE NACIMIENTO.</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">3. ULTIMA CONSTANCIA DE ESTUDIOS.</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">4. CURRICULUM VITAE.</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">5. CARTILLA DEL SERVICIO MILITAR NACIONAL LIBERADA.</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">6. *CERTIFICADO DE SALUD.</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">7. *CONSTANCIA DE HABILITACION EXPEDIDA POR LA CONTRALORIA.</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">8. CLAVE UNICA DEL REGISTRO DE POBLACION (CURP).</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">9. ALTA DEL R.F.C. ANTE LA S.H.C.P.</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">10. ASIGNACION DE NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">11. *FORMATO DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA.</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">12. *CARTA DE AUTORIZACION PARA PAGO DE NOMINA VIA TARJETA DE DEBITO<br/>ANEXAR COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">13. *CARTA COMPROMISO DE COMPATIBILIDAD DE EMPLEO.</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">14. CUATRO FOTOGRAFIAS TAMAÑO INFANTIL.</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">15. COMPROBANTE DOMICILIARIO CATASTRAL</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">16. CREDENCIAL DE ELECTOR</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">17. *AVISO DE ACREDITACION ANTE EL INFONAVIT</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">OTROS (Especificar):<br/>_____<br/>_____<br/>_____</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">NOTA:<br/>* Entre paréntesis Original</td></tr> </tbody> </table> | <b>COPIAS</b>            | 1. *CEDULA UNICA DE IDENTIFICACION DE PERSONAL PROPORCIONADA POR LA DAP. | 2. *ACTA DE NACIMIENTO.           | 3. ULTIMA CONSTANCIA DE ESTUDIOS.                           | 4. CURRICULUM VITAE.                             | 5. CARTILLA DEL SERVICIO MILITAR NACIONAL LIBERADA. | 6. *CERTIFICADO DE SALUD.                    | 7. *CONSTANCIA DE HABILITACION EXPEDIDA POR LA CONTRALORIA. | 8. CLAVE UNICA DEL REGISTRO DE POBLACION (CURP).                                                                 | 9. ALTA DEL R.F.C. ANTE LA S.H.C.P.                | 10. ASIGNACION DE NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL | 11. *FORMATO DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA. | 12. *CARTA DE AUTORIZACION PARA PAGO DE NOMINA VIA TARJETA DE DEBITO<br>ANEXAR COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR | 13. *CARTA COMPROMISO DE COMPATIBILIDAD DE EMPLEO. | 14. CUATRO FOTOGRAFIAS TAMAÑO INFANTIL.         | 15. COMPROBANTE DOMICILIARIO CATASTRAL | 16. CREDENCIAL DE ELECTOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 17. *AVISO DE ACREDITACION ANTE EL INFONAVIT | OTROS (Especificar):<br>_____<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | NOTA:<br>* Entre paréntesis Original | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;"><b>ALTAS Y BAJAS</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;"><b>EVENTUALES Y/O INTERINATOS</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="padding: 2px;">05 ENFERMEDAD GENERAL</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">07 MATERNIDAD</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">08 COMISION OFICIAL</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">09 TRAMITE DE JUBILACION</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">10 LICENCIA DE PERSONAL</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">11 OCUPAR CARGO ELECTORAL POPULAR</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">12 DICTAMEN DE INVALIDEZ TEMPORAL (IMSS)</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">13 RETARDOS ACUMULADOS</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">14 FALTAS INJUSTIFICADAS</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">15 VACACIONES</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">16 SUSPENSION TEMPORAL (CONFORME A LA LEY EN LA MATERIA)</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">DEFINITIVOS</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">17 VACANTE</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">18 PROMOCION EN PLAZA</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">19 RENUNCIA</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">20 DICTAMEN CESE</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">21 FALLECIMIENTO</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">22 JUBILACION</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">23 PENSION</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">24 TERMINACION DE CONTRATOS</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">25 ABANDONO DE EMPLEO</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">26 SENTENCIA EJECUTORIA</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">27 CAMBIO DE ADSORCION</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">28 POR TERMINO DE ENCARGO (Sala Mandar Mediar y Superior o designado por el Ejecutivo)</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">29 DICTAMEN DE INVALIDEZ (IMSS)</td></tr> </tbody> </table> </td> </tr> </tbody> </table> | <b>ALTAS Y BAJAS</b>            | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;"><b>EVENTUALES Y/O INTERINATOS</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="padding: 2px;">05 ENFERMEDAD GENERAL</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">07 MATERNIDAD</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">08 COMISION OFICIAL</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">09 TRAMITE DE JUBILACION</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">10 LICENCIA DE PERSONAL</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">11 OCUPAR CARGO ELECTORAL POPULAR</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">12 DICTAMEN DE INVALIDEZ TEMPORAL (IMSS)</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">13 RETARDOS ACUMULADOS</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">14 FALTAS INJUSTIFICADAS</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">15 VACACIONES</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">16 SUSPENSION TEMPORAL (CONFORME A LA LEY EN LA MATERIA)</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">DEFINITIVOS</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">17 VACANTE</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">18 PROMOCION EN PLAZA</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">19 RENUNCIA</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">20 DICTAMEN CESE</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">21 FALLECIMIENTO</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">22 JUBILACION</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">23 PENSION</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">24 TERMINACION DE CONTRATOS</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">25 ABANDONO DE EMPLEO</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">26 SENTENCIA EJECUTORIA</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">27 CAMBIO DE ADSORCION</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">28 POR TERMINO DE ENCARGO (Sala Mandar Mediar y Superior o designado por el Ejecutivo)</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">29 DICTAMEN DE INVALIDEZ (IMSS)</td></tr> </tbody> </table> | <b>EVENTUALES Y/O INTERINATOS</b> | 05 ENFERMEDAD GENERAL   | 07 MATERNIDAD                     | 08 COMISION OFICIAL                      | 09 TRAMITE DE JUBILACION | 10 LICENCIA DE PERSONAL  | 11 OCUPAR CARGO ELECTORAL POPULAR | 12 DICTAMEN DE INVALIDEZ TEMPORAL (IMSS)                 | 13 RETARDOS ACUMULADOS | 14 FALTAS INJUSTIFICADAS | 15 VACACIONES         | 16 SUSPENSION TEMPORAL (CONFORME A LA LEY EN LA MATERIA) | DEFINITIVOS      | 17 VACANTE       | 18 PROMOCION EN PLAZA | 19 RENUNCIA | 20 DICTAMEN CESE            | 21 FALLECIMIENTO      | 22 JUBILACION           | 23 PENSION             | 24 TERMINACION DE CONTRATOS                                                            | 25 ABANDONO DE EMPLEO           | 26 SENTENCIA EJECUTORIA | 27 CAMBIO DE ADSORCION | 28 POR TERMINO DE ENCARGO (Sala Mandar Mediar y Superior o designado por el Ejecutivo) | 29 DICTAMEN DE INVALIDEZ (IMSS) |
| <b>07 ANEXOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>08 CLAVES DE IDENTIFICACION DE CAUSAS DE:</b>                                                               |                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                          |                                   |                                                             |                                                  |                                                     |                                              |                                                             |                                                                                                                  |                                                    |                                              |                                           |                                                                                                                  |                                                    |                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;"><b>COPIAS</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="padding: 2px;">1. *CEDULA UNICA DE IDENTIFICACION DE PERSONAL PROPORCIONADA POR LA DAP.</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">2. *ACTA DE NACIMIENTO.</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">3. ULTIMA CONSTANCIA DE ESTUDIOS.</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">4. CURRICULUM VITAE.</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">5. CARTILLA DEL SERVICIO MILITAR NACIONAL LIBERADA.</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">6. *CERTIFICADO DE SALUD.</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">7. *CONSTANCIA DE HABILITACION EXPEDIDA POR LA CONTRALORIA.</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">8. CLAVE UNICA DEL REGISTRO DE POBLACION (CURP).</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">9. ALTA DEL R.F.C. ANTE LA S.H.C.P.</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">10. ASIGNACION DE NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">11. *FORMATO DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA.</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">12. *CARTA DE AUTORIZACION PARA PAGO DE NOMINA VIA TARJETA DE DEBITO<br/>ANEXAR COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">13. *CARTA COMPROMISO DE COMPATIBILIDAD DE EMPLEO.</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">14. CUATRO FOTOGRAFIAS TAMAÑO INFANTIL.</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">15. COMPROBANTE DOMICILIARIO CATASTRAL</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">16. CREDENCIAL DE ELECTOR</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">17. *AVISO DE ACREDITACION ANTE EL INFONAVIT</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">OTROS (Especificar):<br/>_____<br/>_____<br/>_____</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">NOTA:<br/>* Entre paréntesis Original</td></tr> </tbody> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>COPIAS</b>                                                                                                  | 1. *CEDULA UNICA DE IDENTIFICACION DE PERSONAL PROPORCIONADA POR LA DAP. | 2. *ACTA DE NACIMIENTO.                          | 3. ULTIMA CONSTANCIA DE ESTUDIOS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 4. CURRICULUM VITAE.     | 5. CARTILLA DEL SERVICIO MILITAR NACIONAL LIBERADA.                      | 6. *CERTIFICADO DE SALUD.         | 7. *CONSTANCIA DE HABILITACION EXPEDIDA POR LA CONTRALORIA. | 8. CLAVE UNICA DEL REGISTRO DE POBLACION (CURP). | 9. ALTA DEL R.F.C. ANTE LA S.H.C.P.                 | 10. ASIGNACION DE NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL | 11. *FORMATO DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA.                   | 12. *CARTA DE AUTORIZACION PARA PAGO DE NOMINA VIA TARJETA DE DEBITO<br>ANEXAR COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR | 13. *CARTA COMPROMISO DE COMPATIBILIDAD DE EMPLEO. | 14. CUATRO FOTOGRAFIAS TAMAÑO INFANTIL.      | 15. COMPROBANTE DOMICILIARIO CATASTRAL    | 16. CREDENCIAL DE ELECTOR                                                                                        | 17. *AVISO DE ACREDITACION ANTE EL INFONAVIT       | OTROS (Especificar):<br>_____<br>_____<br>_____ | NOTA:<br>* Entre paréntesis Original   | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;"><b>ALTAS Y BAJAS</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;"><b>EVENTUALES Y/O INTERINATOS</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="padding: 2px;">05 ENFERMEDAD GENERAL</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">07 MATERNIDAD</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">08 COMISION OFICIAL</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">09 TRAMITE DE JUBILACION</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">10 LICENCIA DE PERSONAL</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">11 OCUPAR CARGO ELECTORAL POPULAR</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">12 DICTAMEN DE INVALIDEZ TEMPORAL (IMSS)</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">13 RETARDOS ACUMULADOS</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">14 FALTAS INJUSTIFICADAS</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">15 VACACIONES</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">16 SUSPENSION TEMPORAL (CONFORME A LA LEY EN LA MATERIA)</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">DEFINITIVOS</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">17 VACANTE</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">18 PROMOCION EN PLAZA</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">19 RENUNCIA</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">20 DICTAMEN CESE</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">21 FALLECIMIENTO</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">22 JUBILACION</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">23 PENSION</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">24 TERMINACION DE CONTRATOS</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">25 ABANDONO DE EMPLEO</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">26 SENTENCIA EJECUTORIA</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">27 CAMBIO DE ADSORCION</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">28 POR TERMINO DE ENCARGO (Sala Mandar Mediar y Superior o designado por el Ejecutivo)</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">29 DICTAMEN DE INVALIDEZ (IMSS)</td></tr> </tbody> </table> </td> </tr> </tbody> </table> | <b>ALTAS Y BAJAS</b>                         | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;"><b>EVENTUALES Y/O INTERINATOS</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="padding: 2px;">05 ENFERMEDAD GENERAL</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">07 MATERNIDAD</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">08 COMISION OFICIAL</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">09 TRAMITE DE JUBILACION</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">10 LICENCIA DE PERSONAL</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">11 OCUPAR CARGO ELECTORAL POPULAR</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">12 DICTAMEN DE INVALIDEZ TEMPORAL (IMSS)</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">13 RETARDOS ACUMULADOS</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">14 FALTAS INJUSTIFICADAS</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">15 VACACIONES</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">16 SUSPENSION TEMPORAL (CONFORME A LA LEY EN LA MATERIA)</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">DEFINITIVOS</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">17 VACANTE</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">18 PROMOCION EN PLAZA</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">19 RENUNCIA</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">20 DICTAMEN CESE</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">21 FALLECIMIENTO</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">22 JUBILACION</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">23 PENSION</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">24 TERMINACION DE CONTRATOS</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">25 ABANDONO DE EMPLEO</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">26 SENTENCIA EJECUTORIA</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">27 CAMBIO DE ADSORCION</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">28 POR TERMINO DE ENCARGO (Sala Mandar Mediar y Superior o designado por el Ejecutivo)</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">29 DICTAMEN DE INVALIDEZ (IMSS)</td></tr> </tbody> </table> | <b>EVENTUALES Y/O INTERINATOS</b>    | 05 ENFERMEDAD GENERAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 07 MATERNIDAD                   | 08 COMISION OFICIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 09 TRAMITE DE JUBILACION          | 10 LICENCIA DE PERSONAL | 11 OCUPAR CARGO ELECTORAL POPULAR | 12 DICTAMEN DE INVALIDEZ TEMPORAL (IMSS) | 13 RETARDOS ACUMULADOS   | 14 FALTAS INJUSTIFICADAS | 15 VACACIONES                     | 16 SUSPENSION TEMPORAL (CONFORME A LA LEY EN LA MATERIA) | DEFINITIVOS            | 17 VACANTE               | 18 PROMOCION EN PLAZA | 19 RENUNCIA                                              | 20 DICTAMEN CESE | 21 FALLECIMIENTO | 22 JUBILACION         | 23 PENSION  | 24 TERMINACION DE CONTRATOS | 25 ABANDONO DE EMPLEO | 26 SENTENCIA EJECUTORIA | 27 CAMBIO DE ADSORCION | 28 POR TERMINO DE ENCARGO (Sala Mandar Mediar y Superior o designado por el Ejecutivo) | 29 DICTAMEN DE INVALIDEZ (IMSS) |                         |                        |                                                                                        |                                 |
| <b>COPIAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                |                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                          |                                   |                                                             |                                                  |                                                     |                                              |                                                             |                                                                                                                  |                                                    |                                              |                                           |                                                                                                                  |                                                    |                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |
| 1. *CEDULA UNICA DE IDENTIFICACION DE PERSONAL PROPORCIONADA POR LA DAP.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                |                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                          |                                   |                                                             |                                                  |                                                     |                                              |                                                             |                                                                                                                  |                                                    |                                              |                                           |                                                                                                                  |                                                    |                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |
| 2. *ACTA DE NACIMIENTO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                |                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                          |                                   |                                                             |                                                  |                                                     |                                              |                                                             |                                                                                                                  |                                                    |                                              |                                           |                                                                                                                  |                                                    |                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |
| 3. ULTIMA CONSTANCIA DE ESTUDIOS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                |                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                          |                                   |                                                             |                                                  |                                                     |                                              |                                                             |                                                                                                                  |                                                    |                                              |                                           |                                                                                                                  |                                                    |                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |
| 4. CURRICULUM VITAE.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                |                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                          |                                   |                                                             |                                                  |                                                     |                                              |                                                             |                                                                                                                  |                                                    |                                              |                                           |                                                                                                                  |                                                    |                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |
| 5. CARTILLA DEL SERVICIO MILITAR NACIONAL LIBERADA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                |                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                          |                                   |                                                             |                                                  |                                                     |                                              |                                                             |                                                                                                                  |                                                    |                                              |                                           |                                                                                                                  |                                                    |                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |
| 6. *CERTIFICADO DE SALUD.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                |                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                          |                                   |                                                             |                                                  |                                                     |                                              |                                                             |                                                                                                                  |                                                    |                                              |                                           |                                                                                                                  |                                                    |                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |
| 7. *CONSTANCIA DE HABILITACION EXPEDIDA POR LA CONTRALORIA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                |                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                          |                                   |                                                             |                                                  |                                                     |                                              |                                                             |                                                                                                                  |                                                    |                                              |                                           |                                                                                                                  |                                                    |                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |
| 8. CLAVE UNICA DEL REGISTRO DE POBLACION (CURP).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                |                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                          |                                   |                                                             |                                                  |                                                     |                                              |                                                             |                                                                                                                  |                                                    |                                              |                                           |                                                                                                                  |                                                    |                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |
| 9. ALTA DEL R.F.C. ANTE LA S.H.C.P.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                |                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                          |                                   |                                                             |                                                  |                                                     |                                              |                                                             |                                                                                                                  |                                                    |                                              |                                           |                                                                                                                  |                                                    |                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |
| 10. ASIGNACION DE NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                |                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                          |                                   |                                                             |                                                  |                                                     |                                              |                                                             |                                                                                                                  |                                                    |                                              |                                           |                                                                                                                  |                                                    |                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |
| 11. *FORMATO DE POLIZA DE SEGURO DE VIDA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                |                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                          |                                   |                                                             |                                                  |                                                     |                                              |                                                             |                                                                                                                  |                                                    |                                              |                                           |                                                                                                                  |                                                    |                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |
| 12. *CARTA DE AUTORIZACION PARA PAGO DE NOMINA VIA TARJETA DE DEBITO<br>ANEXAR COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                |                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                          |                                   |                                                             |                                                  |                                                     |                                              |                                                             |                                                                                                                  |                                                    |                                              |                                           |                                                                                                                  |                                                    |                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |
| 13. *CARTA COMPROMISO DE COMPATIBILIDAD DE EMPLEO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                |                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                          |                                   |                                                             |                                                  |                                                     |                                              |                                                             |                                                                                                                  |                                                    |                                              |                                           |                                                                                                                  |                                                    |                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |
| 14. CUATRO FOTOGRAFIAS TAMAÑO INFANTIL.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                |                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                          |                                   |                                                             |                                                  |                                                     |                                              |                                                             |                                                                                                                  |                                                    |                                              |                                           |                                                                                                                  |                                                    |                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |
| 15. COMPROBANTE DOMICILIARIO CATASTRAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                |                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                          |                                   |                                                             |                                                  |                                                     |                                              |                                                             |                                                                                                                  |                                                    |                                              |                                           |                                                                                                                  |                                                    |                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |
| 16. CREDENCIAL DE ELECTOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                |                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                          |                                   |                                                             |                                                  |                                                     |                                              |                                                             |                                                                                                                  |                                                    |                                              |                                           |                                                                                                                  |                                                    |                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |
| 17. *AVISO DE ACREDITACION ANTE EL INFONAVIT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                |                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                          |                                   |                                                             |                                                  |                                                     |                                              |                                                             |                                                                                                                  |                                                    |                                              |                                           |                                                                                                                  |                                                    |                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |
| OTROS (Especificar):<br>_____<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                |                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                          |                                   |                                                             |                                                  |                                                     |                                              |                                                             |                                                                                                                  |                                                    |                                              |                                           |                                                                                                                  |                                                    |                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |
| NOTA:<br>* Entre paréntesis Original                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                |                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                          |                                   |                                                             |                                                  |                                                     |                                              |                                                             |                                                                                                                  |                                                    |                                              |                                           |                                                                                                                  |                                                    |                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |
| <b>ALTAS Y BAJAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                |                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                          |                                   |                                                             |                                                  |                                                     |                                              |                                                             |                                                                                                                  |                                                    |                                              |                                           |                                                                                                                  |                                                    |                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;"><b>EVENTUALES Y/O INTERINATOS</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="padding: 2px;">05 ENFERMEDAD GENERAL</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">07 MATERNIDAD</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">08 COMISION OFICIAL</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">09 TRAMITE DE JUBILACION</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">10 LICENCIA DE PERSONAL</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">11 OCUPAR CARGO ELECTORAL POPULAR</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">12 DICTAMEN DE INVALIDEZ TEMPORAL (IMSS)</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">13 RETARDOS ACUMULADOS</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">14 FALTAS INJUSTIFICADAS</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">15 VACACIONES</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">16 SUSPENSION TEMPORAL (CONFORME A LA LEY EN LA MATERIA)</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">DEFINITIVOS</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">17 VACANTE</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">18 PROMOCION EN PLAZA</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">19 RENUNCIA</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">20 DICTAMEN CESE</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">21 FALLECIMIENTO</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">22 JUBILACION</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">23 PENSION</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">24 TERMINACION DE CONTRATOS</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">25 ABANDONO DE EMPLEO</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">26 SENTENCIA EJECUTORIA</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">27 CAMBIO DE ADSORCION</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">28 POR TERMINO DE ENCARGO (Sala Mandar Mediar y Superior o designado por el Ejecutivo)</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">29 DICTAMEN DE INVALIDEZ (IMSS)</td></tr> </tbody> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>EVENTUALES Y/O INTERINATOS</b>                                                                              | 05 ENFERMEDAD GENERAL                                                    | 07 MATERNIDAD                                    | 08 COMISION OFICIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 09 TRAMITE DE JUBILACION | 10 LICENCIA DE PERSONAL                                                  | 11 OCUPAR CARGO ELECTORAL POPULAR | 12 DICTAMEN DE INVALIDEZ TEMPORAL (IMSS)                    | 13 RETARDOS ACUMULADOS                           | 14 FALTAS INJUSTIFICADAS                            | 15 VACACIONES                                | 16 SUSPENSION TEMPORAL (CONFORME A LA LEY EN LA MATERIA)    | DEFINITIVOS                                                                                                      | 17 VACANTE                                         | 18 PROMOCION EN PLAZA                        | 19 RENUNCIA                               | 20 DICTAMEN CESE                                                                                                 | 21 FALLECIMIENTO                                   | 22 JUBILACION                                   | 23 PENSION                             | 24 TERMINACION DE CONTRATOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 25 ABANDONO DE EMPLEO                        | 26 SENTENCIA EJECUTORIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 27 CAMBIO DE ADSORCION               | 28 POR TERMINO DE ENCARGO (Sala Mandar Mediar y Superior o designado por el Ejecutivo)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 29 DICTAMEN DE INVALIDEZ (IMSS) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |
| <b>EVENTUALES Y/O INTERINATOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                |                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                          |                                   |                                                             |                                                  |                                                     |                                              |                                                             |                                                                                                                  |                                                    |                                              |                                           |                                                                                                                  |                                                    |                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |
| 05 ENFERMEDAD GENERAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                |                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                          |                                   |                                                             |                                                  |                                                     |                                              |                                                             |                                                                                                                  |                                                    |                                              |                                           |                                                                                                                  |                                                    |                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |
| 07 MATERNIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                |                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                          |                                   |                                                             |                                                  |                                                     |                                              |                                                             |                                                                                                                  |                                                    |                                              |                                           |                                                                                                                  |                                                    |                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |
| 08 COMISION OFICIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                |                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                          |                                   |                                                             |                                                  |                                                     |                                              |                                                             |                                                                                                                  |                                                    |                                              |                                           |                                                                                                                  |                                                    |                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |
| 09 TRAMITE DE JUBILACION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                |                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                          |                                   |                                                             |                                                  |                                                     |                                              |                                                             |                                                                                                                  |                                                    |                                              |                                           |                                                                                                                  |                                                    |                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |
| 10 LICENCIA DE PERSONAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                |                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                          |                                   |                                                             |                                                  |                                                     |                                              |                                                             |                                                                                                                  |                                                    |                                              |                                           |                                                                                                                  |                                                    |                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |
| 11 OCUPAR CARGO ELECTORAL POPULAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                |                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                          |                                   |                                                             |                                                  |                                                     |                                              |                                                             |                                                                                                                  |                                                    |                                              |                                           |                                                                                                                  |                                                    |                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |
| 12 DICTAMEN DE INVALIDEZ TEMPORAL (IMSS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                |                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                          |                                   |                                                             |                                                  |                                                     |                                              |                                                             |                                                                                                                  |                                                    |                                              |                                           |                                                                                                                  |                                                    |                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |
| 13 RETARDOS ACUMULADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                |                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                          |                                   |                                                             |                                                  |                                                     |                                              |                                                             |                                                                                                                  |                                                    |                                              |                                           |                                                                                                                  |                                                    |                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |
| 14 FALTAS INJUSTIFICADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                |                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                          |                                   |                                                             |                                                  |                                                     |                                              |                                                             |                                                                                                                  |                                                    |                                              |                                           |                                                                                                                  |                                                    |                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |
| 15 VACACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                |                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                          |                                   |                                                             |                                                  |                                                     |                                              |                                                             |                                                                                                                  |                                                    |                                              |                                           |                                                                                                                  |                                                    |                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |
| 16 SUSPENSION TEMPORAL (CONFORME A LA LEY EN LA MATERIA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                |                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                          |                                   |                                                             |                                                  |                                                     |                                              |                                                             |                                                                                                                  |                                                    |                                              |                                           |                                                                                                                  |                                                    |                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |
| DEFINITIVOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                |                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                          |                                   |                                                             |                                                  |                                                     |                                              |                                                             |                                                                                                                  |                                                    |                                              |                                           |                                                                                                                  |                                                    |                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |
| 17 VACANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                |                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                          |                                   |                                                             |                                                  |                                                     |                                              |                                                             |                                                                                                                  |                                                    |                                              |                                           |                                                                                                                  |                                                    |                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |
| 18 PROMOCION EN PLAZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                |                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                          |                                   |                                                             |                                                  |                                                     |                                              |                                                             |                                                                                                                  |                                                    |                                              |                                           |                                                                                                                  |                                                    |                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |
| 19 RENUNCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                |                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                          |                                   |                                                             |                                                  |                                                     |                                              |                                                             |                                                                                                                  |                                                    |                                              |                                           |                                                                                                                  |                                                    |                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |
| 20 DICTAMEN CESE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                |                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                          |                                   |                                                             |                                                  |                                                     |                                              |                                                             |                                                                                                                  |                                                    |                                              |                                           |                                                                                                                  |                                                    |                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |
| 21 FALLECIMIENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                |                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                          |                                   |                                                             |                                                  |                                                     |                                              |                                                             |                                                                                                                  |                                                    |                                              |                                           |                                                                                                                  |                                                    |                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |
| 22 JUBILACION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                |                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                          |                                   |                                                             |                                                  |                                                     |                                              |                                                             |                                                                                                                  |                                                    |                                              |                                           |                                                                                                                  |                                                    |                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |
| 23 PENSION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                |                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                          |                                   |                                                             |                                                  |                                                     |                                              |                                                             |                                                                                                                  |                                                    |                                              |                                           |                                                                                                                  |                                                    |                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |
| 24 TERMINACION DE CONTRATOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                |                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                          |                                   |                                                             |                                                  |                                                     |                                              |                                                             |                                                                                                                  |                                                    |                                              |                                           |                                                                                                                  |                                                    |                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |
| 25 ABANDONO DE EMPLEO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                |                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                          |                                   |                                                             |                                                  |                                                     |                                              |                                                             |                                                                                                                  |                                                    |                                              |                                           |                                                                                                                  |                                                    |                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |
| 26 SENTENCIA EJECUTORIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                |                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                          |                                   |                                                             |                                                  |                                                     |                                              |                                                             |                                                                                                                  |                                                    |                                              |                                           |                                                                                                                  |                                                    |                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |
| 27 CAMBIO DE ADSORCION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                |                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                          |                                   |                                                             |                                                  |                                                     |                                              |                                                             |                                                                                                                  |                                                    |                                              |                                           |                                                                                                                  |                                                    |                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |
| 28 POR TERMINO DE ENCARGO (Sala Mandar Mediar y Superior o designado por el Ejecutivo)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                |                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                          |                                   |                                                             |                                                  |                                                     |                                              |                                                             |                                                                                                                  |                                                    |                                              |                                           |                                                                                                                  |                                                    |                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |
| 29 DICTAMEN DE INVALIDEZ (IMSS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                |                                                                          |                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |                                                                          |                                   |                                                             |                                                  |                                                     |                                              |                                                             |                                                                                                                  |                                                    |                                              |                                           |                                                                                                                  |                                                    |                                                 |                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                         |                                   |                                          |                          |                          |                                   |                                                          |                        |                          |                       |                                                          |                  |                  |                       |             |                             |                       |                         |                        |                                                                                        |                                 |                         |                        |                                                                                        |                                 |

(Hoja 2)

**Formato DAP-03A**  
**Movimientos de Personal de Educación**

**Instructivo**

**Nombre de la Forma.** Movimientos de Personal de Educación

**Objeto de la Forma.** Gestionar las afectaciones autorizadas al capítulo 1000, Servicios Personales por:

Altas

- Plaza Vacante.
- Plaza de Nueva Creación.

Movimientos de Personal

- Transferencia.
- Permuta.

Bajas

- Renuncia del Trabajador.
- Cese motivado por el Trabajador.
- Fallecimiento del Trabajador.
- Incapacidad Permanente, Física o Mental que impida al Trabajador desempeñar sus labores.

Descuentos

- Retardos.
- Falta Injustificada.
- Uso Indevido de las Líneas Telefónicas del Gobierno.

Vacaciones

Licencias

- Con goce de sueldo.
- Sin goce de sueldo.
- General.

**Instrucciones Generales.** Este formato será llenado a máquina y los datos no deberán invadir los límites de los recuadros, se deberá utilizar un formato para cada tipo de movimiento. Asimismo deberá de ser firmado por el Titular del Área Administrativa, el Titular de la SECUD, y el Director de Administración de Personal.

**Elabora.** La Secretaría de Educación, Cultura y Deporte (Área Administrativa).

**Destino.** La Dirección de Administración de Personal.

**Número de copias.** Tres

Original : Expediente del servidor público.

1a. copia: Minutario del Departamento de Incidencias y Prestaciones.

2a. copia: Procesos de Nómina de la Dirección de Administración de Personal.

3a. copia: Área Administrativa de la SECUD.

## Instrucciones de Llenado

- 1. No. oficio y fecha.** La numeración otorgada por la Dependencia u Organismo Descentralizado; y el día, mes y año en que fue llenado el formato.
- 2. C.** El nombre del Secretario de Administración e Innovación Gubernamental.
- 3. Estructura Programática.** Se anotará la clave competa.
- 4. Autorización.** Se requisita por la Dirección de Administración de Personal.
- 5.** Anotar los datos siguientes:
  - Nombre(s).** El nombre, apellido paterno y materno del empleado.
  - RFC.** La Clave del Registro Federal de Contribuyentes a 12 o 13 posiciones.
  - Nombre del Centro de Trabajo (Escuela).** El nombre de la institución educativa.
  - Zona Escolar.** El número del centro escolar según región geográfica
  - Clave del Centro de Trabajo.** La clave de identificación del centro escolar.
  - Puesto (nombramiento):** Nombre del puesto que ocupa en el Catálogo de Puestos del Poder Ejecutivo.
  - Funciones a Desempeñar:** Actividades preponderantes a realizar según la Ley Orgánica respectivo a los establecidos en los Manuales de Organización según su puesto.
  - Percepción Mensual.** El monto del puesto de un mes.
  - Clave del Puesto.** Las siglas del puesto (según denominación del catálogo de puestos).
  - Número del Empleado.** El número de control único e interpersonal que corresponde al servidor público para efecto de nómina y de control de personal. El número que le corresponde al empleado según nómina de educación.
  - Turno Laboral.** Marque con una "X" el turno correspondiente.
- 6.** Marque con una "X" y llene este apartado si el movimiento es de alta.
  - Sustituye a.** Llenar este apartado al tratarse de una plaza vacante o suplencia. El nombre de empleado.
  - A partir del.** Plaza Vacante.- Fecha en que iniciará a laborar.  
Suplencia.- Periodo que abarca la suplencia.
  - Radicación.** El lugar donde se encuentra adscrito su centro de trabajo.
  - Vigencia:** Señalar con una "X" la vigencia de la plaza
  - Tipo de Plaza.** Señalar con una "X" el tipo de plaza a ocupar.
  - Número de Horas.** El número de horas asignados frente a grupo o jornada de labores.
  - Clave de identificación de la causa.** Anotar la clave y especificar de qué se trata (consultar hoja 2 del formato).
- 7.** Llene este apartado si el movimiento es de baja.
  - Marque con una "X" el recuadro.
  - A partir del.** La fecha a partir de la cual se le da de baja en la Dependencia o Entidad Pública.
  - Clave de Identificación de la Causa.** Anotar la clave y especificar de qué se trata (consultar hoja 2 del formato).
- 8.** Llene este apartado si el movimiento es de licencia o vacaciones.

marque con una "X" el recuadro.

**A partir del.** El periodo que abarcará la licencia o vacación.

**Clave de identificación de la causa.** Anotar la clave y especificar de qué se trata (consultar hoja 2 del formato).

9. Llene este apartado si el movimiento es de descuento (s):

Marque con una "X" el recuadro.

**Total de Días.** El número de días a descontar.

**Retardos del (los) día (s).** Los días, mes y año de los retardos.

**Faltas Injustificadas del (los) día (s).** El (los) día(s), mes y año de las faltas injustificadas.

**Monto.** La cantidad a descontar.

**Clave de Identificación de la causa.** Anotar la clave y especificar de qué se trata (consultar hoja 2 del formato).

**Propone Área Educativa.** La firma del Encargado de Educación Básica.

10. **Firma de Validado.** La firma del área de Recursos Humanos de la SECUD que valida el movimiento de personal antes de ser turnado al Titular de la Dependencia.

11. **Firmas.** La firma de las autoridades superiores que autorizan el movimiento, incluyendo al Titular de la Dependencia.

#### 9. Datos Personales del Empleado.

**Domicilio.** El nombre de la calle, la colonia; el No. o letra exterior o interior y el nombre de las calles entre las que se encuentra el domicilio.

**Teléfono.** El número telefónico de su domicilio.

**Escolaridad.** Anotar la profesión o el último grado de estudios.

**Estado Civil.** Anotar su estado civil.

**CURP.** La clave única de registro de población, de acuerdo con su cédula de identificación fiscal.

**Sexo.** Anotar su género.

**Número de Afiliación (IMSS y/o ISSSTE).** Anotar su número según corresponda.

**Firma del Empleado.** La firma legible del trabajador que corrobora sus datos personales en los casos de los movimientos de altas, promociones, cambios de adscripción, interinos nuevos, debidamente requisitados.

13. **Observaciones.** Anotar las principales funciones que desempeñará y el área a la cual estará adscrito. Así como otros datos complementarios que validen el movimiento efectuado.

**Formato DAP-05**  
**Cédula Única de Identificación de Personal**

Anexo 25



GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE  
 SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL  
 SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN  
 DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL  
**CEDULA ÚNICA DE IDENTIFICACIÓN DE PERSONAL**



**SAIG**

Formato DAP- 05

|                                            |                     |                                 |              |                              |            |             |
|--------------------------------------------|---------------------|---------------------------------|--------------|------------------------------|------------|-------------|
| <b>FECHA:</b>                              | ____                | ____                            | ____         | FOTOGRAFÍA RECIENTE          |            |             |
|                                            | DÍA                 | MES                             | AÑO          |                              |            |             |
| <b>NUMERO DE EMPLEADO:</b>                 | [ ]                 |                                 |              |                              |            |             |
| <b>DATOS PERSONALES</b>                    |                     |                                 |              |                              |            |             |
| APELLIDO PATERNO                           |                     | APELLIDO MATERNO                |              | NOMBRE (S)                   |            |             |
| LUGAR DE NACIMIENTO                        | MUNICIPIO           | ESTADO                          | AÑO          | MES                          |            |             |
|                                            | [ ] [ ]             |                                 |              |                              |            |             |
| EDAD                                       | ESTADO CIVIL        | SEXO                            | NACIONALIDAD | NUMERO DE AFILIACIÓN AL IMSS |            |             |
|                                            |                     | [ ] [ ]                         |              |                              |            |             |
| R.F.C.                                     |                     | CURP                            |              |                              |            |             |
| DOMICILIO ACTUAL: CALLE                    |                     | NO. EXTERIOR                    | NO. INTERIOR |                              |            |             |
| FRACCIONAMIENTO / COLONIA                  |                     | POBLADO                         | MUNICIPIO    | ESTADO                       |            |             |
| CÓDIGO POSTAL                              | TELÉFONO PARTICULAR | TELÉFONO OFICIAL                | EXT.         | CORREO ELECTRONICO (E-MAIL)  |            |             |
| TIENE ALGUNA CONSIDERACIÓN DE DISCAPACIDAD |                     | QUE TIPO DE DISCAPACIDAD TIENE: |              |                              |            |             |
| SI                                         | [ ]                 | NO                              | [ ]          |                              |            |             |
| <b>DATOS FAMILIARES</b>                    |                     |                                 |              |                              |            |             |
| NOMBRE DEL PADRE:                          |                     | APELLIDO PATERNO                |              | APELLIDO MATERNO             | NOMBRE (S) |             |
| NOMBRE DE LA MADRE:                        |                     | APELLIDO PATERNO                |              | APELLIDO MATERNO             | NOMBRE (S) |             |
| NOMBRE DEL CONYUGE:                        |                     | APELLIDO PATERNO                |              | APELLIDO MATERNO             | NOMBRE (S) |             |
| <b>DEPENDIENTES ECONÓMICOS</b>             |                     |                                 |              |                              |            |             |
| NOMBRE COMPLETO                            | DÍA                 | MES                             | AÑO          | SEXO                         | PARENTESCO | ESCOLARIDAD |
|                                            |                     |                                 |              |                              |            |             |
|                                            |                     |                                 |              |                              |            |             |
|                                            |                     |                                 |              |                              |            |             |

(Hoja 1)

Formato DAP-05

Cédula Única de Identificación de Personal

| ESCOLARIDAD                          |                                        |                                                       |                                         |
|--------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| PRIMARIA<br><input type="checkbox"/> | SECUNDARIA<br><input type="checkbox"/> | BACHILLERATO/PREPARATORIA<br><input type="checkbox"/> | PROFESIONAL<br><input type="checkbox"/> |
| TÍTULO OBTENIDO: _____               |                                        |                                                       |                                         |
| OTROS: _____                         |                                        |                                                       |                                         |
| _____                                |                                        |                                                       |                                         |

| EXPERIENCIA LABORAL |         |       |                        |
|---------------------|---------|-------|------------------------|
| EMPRESA             | PERIODO | CARGO | MOTIVO DE LA SEPRACIÓN |
|                     |         |       |                        |
|                     |         |       |                        |
|                     |         |       |                        |
|                     |         |       |                        |
|                     |         |       |                        |
|                     |         |       |                        |

| EMPLEO ACTUAL |       |                  |
|---------------|-------|------------------|
| ADSCRIPCIÓN   | CARGO | FECHA DE INGRESO |

| DATOS ECONÓMICOS       |        |                          |          |                          |
|------------------------|--------|--------------------------|----------|--------------------------|
| PERCIBE OTROS INGRESOS | SI     | <input type="checkbox"/> | NO       | <input type="checkbox"/> |
| SU VIVIENDA ES:        | PROPIA | <input type="checkbox"/> | RENTADA  | <input type="checkbox"/> |
|                        |        |                          | PRESTADA | <input type="checkbox"/> |
|                        |        |                          | OTRAS    | <input type="checkbox"/> |
| POSEE AUTOMÓVIL:       | SI     | <input type="checkbox"/> | NO       | <input type="checkbox"/> |
| TRABAJA SU CÓNYEGE:    | SI     | <input type="checkbox"/> | NO       | <input type="checkbox"/> |
|                        |        |                          | ¿DÓNDE?  | _____                    |

La Dirección de Administración de Personal es la responsable de la Cédula Única de Identificación de Personal y el departamento donde podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, así como la revocación del consentimiento es en el Departamento de Archivo situado en calle 8 N° 325, entre calle 63 y 6, Edificio Lavalle, (Primer piso).

En término de lo prescrito por los artículos 1, 4, 5, 7, 8, 9 y 13 de la Ley de Datos Personales del Estado de Campeche y sus Municipios , de fecha 09 de julio de 2012, se le informa que sus datos no podrán ser difundidos sin su consentimiento expreso, salvo las excepciones previstas en la Ley.

FIRMA DEL TRABAJADOR

SI  
AUTORIZO

NO  
AUTORIZO

DEPARTAMENTO DE INGENIERIAS

Formato AFIL-02

Aviso de Inscripción del Trabajador (IMSS)

Anexo 26

|                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                              |                                                  |                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b><br>SUBDIRECCIÓN GENERAL DE FINANZAS<br>SERVICIOS DE AFILIACIÓN-VIGENCIA DE DERECHOS<br><b>AVISO DE INSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR</b>                                                                                     |                                                                              | EXCLUSIVO I. M. S. S.<br>CLAVE DE ARGUMENTO<br>1 | NÚMERO DE AFILIACIÓN DEL TRABAJADOR<br>10 DÍGITOS<br>NÚMERO DE REGISTRO PATRONAL<br><b>A-10-11101-10</b> 8<br>10 DÍGITOS<br>REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES |
| NOMBRE COMPLETO DEL TRABAJADOR<br>/<br>APELLIDO PATERNO / MATERNO / NOMBRE(S)                                                                                                                                                                                     |                                                                              |                                                  |                                                                                                                                                                |
| SALARIO DIARIO INTEGRADO (SIN CENTAVOS) \$<br>IMPORTE DE LA CUOTA (MODALIDAD 11, 12 y 15) \$<br>FECHA DE INGRESO AL TRABAJO<br>MASC. FEM.<br>SEXO 1 2<br>LUGAR DE NACIMIENTO (ESTADO) Y FECHA<br>NOMBRE DEL PADRE (AUN FINADO)<br>NOMBRE DE LA MADRE (AUN FINADA) | TIPO DE SALARIO FIJO 0 XX<br>VARIABLE 1 MIXTO 2<br>JORNADA O SEMANA REDUCIDA | OCUPACIÓN DEL TRABAJADOR                         | EXCLUSIVO IMSS<br>U. M. F.                                                                                                                                     |
| DOMICILIO DEL TRABAJADOR<br>CALLE Y/O MANZANA NÚMERO COLONIA Y/O POBLACIÓN<br>MUNICIPIO ENTIDAD C.P. Z.P.                                                                                                                                                         |                                                                              |                                                  |                                                                                                                                                                |
| NOMBRE, DENOMINACIÓN, RAZÓN SOCIAL DEL PATRÓN O SUJETO OBLIGADO.<br>GOBIERNO DEL ESTADO                                                                                                                                                                           |                                                                              |                                                  |                                                                                                                                                                |
| UBICACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO<br>8 CALLE Y/O MANZANA S/N CENTRO<br>CAMPECHE CAMPECHE 24000<br>MUNICIPIO ENTIDAD C.P. Z.P.                                                                                                                                       |                                                                              |                                                  |                                                                                                                                                                |
| DIRECTORA DE ADMON. DE PERSONAL.<br>FIRMA DEL PATRÓN, SUJETO OBLIGADO O SU REPRESENTANTE LEGAL (ANOTAR CARGO)<br><b>PATRÓN</b>                                                                                                                                    |                                                                              | FIRMA O HUELLA DEL TRABAJADOR<br>EXTEMPORANEO 1  | ALTA TRABAJADOR<br>FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN DE ESTE AVISO EN EL IMSS.                                                                                         |

LENESE A MAQUINA O LETRA DE MOLDE

IMPORTANTE: LEA LAS INSTRUCCIONES AL REVERSO DE ESTE AVISO

|                                                                                                                                                                                          |                                                                             |                                                                                 |                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b><br>SUBDIRECCIÓN GENERAL DE FINANZAS<br>SERVICIOS DE AFILIACIÓN-VIGENCIA DE DERECHOS<br><b>AVISO DE MODIFICACIÓN DE SALARIO DEL ASEGURADO</b> |                                                                             | EXCLUSIVO IMSS<br>CLAVE DE ARGUMENTO<br>1                                       | NÚMERO DE AFILIACIÓN DE TRABAJADOR<br>10 DÍGITOS<br><b>81-68-44-1055-8</b>                       |
| NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO<br>MAAS / CAMARA / FIDELIA DOLORES                                                                                                                         |                                                                             | NÚMERO DEL REGISTRO PATRONAL<br>10 DÍGITOS<br><b>A-10-11101-10-8</b>            |                                                                                                  |
| APELLIDO PATERNO / MATERNO / NOMBRE(S)                                                                                                                                                   |                                                                             |                                                                                 |                                                                                                  |
| SALARIO DIARIO INTEGRADO (SIN CENTAVOS) \$<br>168.22<br>FECHA DE LA MODIFICACIÓN<br>00 00<br>DIA (2 DÍGITOS) MES (2 DÍGITOS) AÑO (2 DÍGITOS)                                             | TIPO DE SALARIO FIJO 0 X<br>VARIABLE 1 MIXTO 2<br>JORNADA O SEMANA REDUCIDA | EXTEMPORANEO 1                                                                  | EXCLUSIVO IMSS<br>MODIFICACIÓN DE SALARIO<br>FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN DE ESTE AVISO EN EL IMSS. |
| NOMBRE, DENOMINACIÓN, RAZÓN SOCIAL DEL PATRÓN O SUJETO OBLIGADO<br>GOBIERNO DEL ESTADO                                                                                                   |                                                                             |                                                                                 |                                                                                                  |
| UBICACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO<br>8 325 CENTRO<br>CALLE Y/O MANZANA NÚMERO COLONIA Y/O POBLACIÓN<br>CAMPECHE CAMPECHE 24000<br>MUNICIPIO ENTIDAD C.P. Z.P.                              |                                                                             |                                                                                 |                                                                                                  |
| DIRECTORA DE ADMON. DE PERSONAL<br>FIRMA DEL PATRÓN, SUJETO OBLIGADO O SU REPRESENTANTE LEGAL (ANOTAR CARGO)<br><b>PATRÓN</b>                                                            |                                                                             | ART. 15<br>FIRMA O HUELLA DEL TRABAJADOR<br>SOLO EN CASO DE SALARIO DESCENDENTE |                                                                                                  |

(Hoja 1)



Formato

Aviso de Alta del Trabajador (ISSSTE)

Anexo 27

|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                            |                                                                                                                                                                                                     |                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
|  <b>INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO</b><br>SUBDIRECCION GENERAL DE PRESTACIONES ECONOMICAS, SOCIALES Y CULTURALES<br>SUBDIRECCION DE AFILIACION Y VIGENCIA |                            | DE CONFORMIDAD CON LOS ARTICULOS 6º DE LA LEY DEL I.S.S.S.T.E. Y 14 DEL REGLAMENTO DE AFILIACION, VIGENCIA DE DERECHOS Y COBRANZA, SE PRESENTA EL SIGUIENTE:<br><b>AVISO DE ALTA DEL TRABAJADOR</b> |                             |
| <b>DATOS DEL TRABAJADOR</b>                                                                                                                                                                                                                                                            |                            | CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION ( C. U. R. P. )                                                                                                                                                |                             |
| R. F. C.                                                                                                                                                                                                                                                                               | NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL | ENTIDAD DE NACIMIENTO                                                                                                                                                                               | ESTADO CIVIL SEXO           |
| APELLIDO PATERNO                                                                                                                                                                                                                                                                       |                            | APELLIDO MATERNO                                                                                                                                                                                    |                             |
| DOMICILIO : CALLE                                                                                                                                                                                                                                                                      |                            | Nº EXT.                                                                                                                                                                                             | Nº INT. LOCALIDAD O COLONIA |
| MUNICIPIO O DELEGACION POLITICA                                                                                                                                                                                                                                                        |                            | ENTIDAD FEDERATIVA                                                                                                                                                                                  | CODIGO POSTAL               |
| <b>DATOS DEL EMPLEO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                |                            | NOMBRE Y CLAVE DE LA CLINICA                                                                                                                                                                        |                             |
| NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD                                                                                                                                                                                                                                                     |                            | RAMO                                                                                                                                                                                                | PAGADURIA TELEFONO          |
| DOMICILIO : CALLE                                                                                                                                                                                                                                                                      |                            | NUMERO                                                                                                                                                                                              | LOCALIDAD O COLONIA         |
| MUNICIPIO O DELEGACION POLITICA                                                                                                                                                                                                                                                        |                            | ENTIDAD FEDERATIVA                                                                                                                                                                                  | CODIGO POSTAL               |
| CLAVE DE COBRO                                                                                                                                                                                                                                                                         |                            |                                                                                                                                                                                                     |                             |
| FECHA DE INGRESO                                                                                                                                                                                                                                                                       | NOMBRAMIENTO               | FIRMA DEL TRABAJADOR<br>SELLO<br>NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO FACULTADO<br>SELLO DE RECEPCION DEL I.S.S.S.T.E.                                                                                    |                             |
| DA MES AÑO                                                                                                                                                                                                                                                                             |                            |                                                                                                                                                                                                     |                             |
| SUELDO BASICO DE COTIZACION AL I.S.S.S.T.E.                                                                                                                                                                                                                                            |                            |                                                                                                                                                                                                     |                             |
| SUELDO BASICO DE APORTACION AL S.A.R.                                                                                                                                                                                                                                                  |                            |                                                                                                                                                                                                     |                             |
| REMUNERACION TOTAL                                                                                                                                                                                                                                                                     | NIVEL SALARIAL             |                                                                                                                                                                                                     |                             |

ORIGINAL : PROCESO - CATALOGO MANUAL DE ASEGURADOS LEER INSTRUCCIONES AL REVERSO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |         |          |             |                            |             |                |                         |                                   |                  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------|-------------|----------------------------|-------------|----------------|-------------------------|-----------------------------------|------------------|--|
| <p><b>DATOS DEL TRABAJADOR</b></p> <p><b>CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION ( C. U. R. P. )</b><br/>                 ANOTAR LA CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION DEL TRABAJADOR ASIGNADA POR LA SECRETARIA DE GOBERNACION, CONSTA DE 18 CARACTERES, INCLUIDO EL DIGITO VERIFICADOR.</p> <p><b>R. F. C.</b><br/>                 ANOTAR EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES DEL TRABAJADOR ASIGNADO POR LA SECRETARIA DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO.</p> <p><b>NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL</b><br/>                 EL NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL CONSTA DE 11 CARACTERES, INCLUIDO EL DIGITO VERIFICADOR.</p> <p>- SI EL TRABAJADOR ES O FUE AFILIADO AL I.M.S.S.<br/>                 ANOTAR EL NUMERO DE AFILIACION ANTE DICHO INSTITUTO.</p> <p>- SI EL TRABAJADOR REINGRESA COMO COTIZANTE AL I.S.S.S.T.E.:<br/>                 ANOTAR EL NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL ASIGNADO POR ESTE INSTITUTO.</p> <p>- SI EL TRABAJADOR NO HA SIDO AFILIADO AL I.M.S.S. Y NO HA COTIZADO AL I.S.S.S.T.E. PREVIO A ESTA ALTA<br/>                 DEJAR EL ESPACIO EN BLANCO.</p> <p><b>ENTIDAD DE NACIMIENTO</b><br/>                 ANOTAR EL NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA EN QUE NACIO.</p> <p><b>ESTADO CIVIL</b><br/>                 ANOTAR EL NUMERO QUE CORRESPONDA AL ESTADO CIVIL DEL TRABAJADOR CONFORME A LO SIGUIENTE:<br/>                 1 SOLTERO(A) 2 CASADO(A)</p> <p><b>SEXO</b><br/>                 CRUZAR EL CUADRO CORRESPONDIENTE AL SEXO DEL TRABAJADOR.<br/>                 H HOMBRE M MUJER</p> <p><b>APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)</b><br/>                 ANOTAR LOS APELLIDOS PATERNO Y EL (LOS) NOMBRE(S) COMPLETO(S).</p> <p><b>DOMICILIO : CALLE Nº EXTERIOR Nº INTERIOR</b><br/>                 ANOTAR EL NOMBRE DE LA CALLE Y LOS NUMEROS EXTERIOR E INTERIOR.</p> <p><b>LOCALIDAD O COLONIA</b><br/>                 ANOTAR EL NOMBRE DE LA LOCALIDAD O DE LA COLONIA.</p> <p><b>MUNICIPIO O DELEGACION POLITICA</b><br/>                 - EN EL INTERIOR DE LA REPUBLICA MEXICANA :<br/>                 ANOTAR EL NOMBRE DEL MUNICIPIO.</p> | <p><b>INSTRUCTIVO DE LLENADO</b></p> <p>- EN EL DISTRITO FEDERAL :<br/>                 ANOTAR EL NOMBRE DE LA DELEGACION POLITICA.</p> <p><b>ENTIDAD FEDERATIVA</b><br/>                 ANOTAR EL NOMBRE DEL ESTADO.</p> <p><b>CODIGO POSTAL</b><br/>                 ANOTAR EL CODIGO POSTAL DEL DOMICILIO.</p> <p><b>NOMBRE Y CLAVE DE LA CLINICA</b><br/>                 PARA USO EXCLUSIVO DEL I.S.S.S.T.E.</p> <p><b>DATOS DEL EMPLEO</b></p> <p><b>NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD</b><br/>                 ANOTAR EL NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD.</p> <p><b>RAMO</b><br/>                 ANOTAR EL NUMERO DE RAMO REGISTRADO ANTE EL I.S.S.S.T.E.</p> <p><b>PAGADURIA</b><br/>                 ANOTAR EL NUMERO DE PAGADURIA REGISTRADO ANTE EL I.S.S.S.T.E.</p> <p><b>TELEFONO</b><br/>                 ANOTAR EL NUMERO TELEFONICO DEL FUNCIONARIO FACULTADO POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD PARA AUTORIZAR MOVIMIENTOS AFILIATORIOS ANTE EL I.S.S.S.T.E.</p> <p><b>DOMICILIO : CALLE NUMERO</b><br/>                 ANOTAR EL NOMBRE DE LA CALLE Y EL NUMERO EXTERIOR.</p> <p><b>LOCALIDAD O COLONIA</b><br/>                 ANOTAR EL NOMBRE DE LA LOCALIDAD O DE LA COLONIA.</p> <p><b>MUNICIPIO O DELEGACION POLITICA</b><br/>                 - EN EL INTERIOR DE LA REPUBLICA MEXICANA :<br/>                 ANOTAR EL NOMBRE DEL MUNICIPIO.</p> <p>- EN EL DISTRITO FEDERAL :<br/>                 ANOTAR EL NOMBRE DE LA DELEGACION POLITICA.</p> <p><b>ENTIDAD FEDERATIVA</b><br/>                 ANOTAR EL NOMBRE DEL ESTADO.</p> <p><b>CODIGO POSTAL</b><br/>                 ANOTAR EL CODIGO POSTAL DEL DOMICILIO.</p> <p><b>CLAVE DE COBRO</b><br/>                 DATO AL FARMACICO QUE UTILIZA LA DEPENDENCIA O ENTIDAD PARA RELACIONAR LOS CODIGOS: PRESUPUESTAL, DE PUESTO O CATEGORIA, DE DISTRIBUCION DE PAGO, DE NIVEL DE SUBNIVEL, ETC. DEL TRABAJADOR.</p> <p><b>FECHA DE INGRESO</b><br/>                 ANOTAR DIA, MES Y AÑO DEL ULTIMO INGRESO DEL</p> | <p>TRABAJADOR A LA DEPENDENCIA O ENTIDAD, UTILIZANDO EL FORMATO NUMERICO: DD-MM-AAAA.</p> <p><b>NOMBRAMIENTO</b><br/>                 ANOTAR EL NUMERO QUE CORRESPONDA AL TIPO DE NOMBRAMIENTO DEL TRABAJADOR CONFORME A LO SIGUIENTE :</p> <table border="0"> <tr> <td>10 BASE</td> <td>60 OTROS</td> </tr> <tr> <td>20 COMPAÑIA</td> <td>70 CONTINUACION VOLUNTARIA</td> </tr> <tr> <td>30 EVENTUAL</td> <td>80 PENSIONISTA</td> </tr> <tr> <td>40 BASE / LISTA DE RAYA</td> <td>90 APORTACION VOLUNTARIA (S.A.R.)</td> </tr> <tr> <td>50 LISTA DE RAYA</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>SUELDO BASICO DE COTIZACION AL I.S.S.S.T.E.</b><br/>                 ANOTAR EN PESOS Y CENTAVOS EL SUELDO BASICO DE COTIZACION MENSUAL AL I.S.S.S.T.E.</p> <p><b>SUELDO BASICO DE APORTACION AL S.A.R.</b><br/>                 ANOTAR EN PESOS Y CENTAVOS EL SUELDO BASICO DE APORTACION MENSUAL AL SISTEMA DE AHORRO PARA EL RETIRO.</p> <p><b>REMUNERACION TOTAL</b><br/>                 ANOTAR EN PESOS Y CENTAVOS EL INGRESO MENSUAL DEL TRABAJADOR, CONSIDERANDO TODAS LAS PRESTACIONES ECONOMICAS DE CARACTER PERMANENTE.</p> <p><b>NIVEL SALARIAL</b><br/>                 ANOTAR EL NIVEL SALARIAL DE ACUERDO CON EL TABULADOR DE SUELDOS AUTORIZADO A LA DEPENDENCIA O ENTIDAD EN QUE LABORA EL TRABAJADOR.</p> <p><b>FIRMA DEL TRABAJADOR</b><br/>                 FIRMA AUTOGRAFA DEL TRABAJADOR</p> <p><b>SELLO / NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO FACULTADO</b><br/>                 ANOTAR EL NOMBRE Y LA FIRMA AUTOGRAFA DEL FUNCIONARIO FACULTADO POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD PARA AUTORIZAR MOVIMIENTOS AFILIATORIOS ANTE EL I.S.S.S.T.E.</p> <p><b>SELLO DE RECEPCION DEL I.S.S.S.T.E.</b><br/>                 PARA USO EXCLUSIVO DEL I.S.S.S.T.E.</p> <p><b>NOTA IMPORTANTE</b></p> <p>UTILIZAR MAQUINA DE ESCRIBIR.<br/>                 ANOTAR EN CADA ESPACIO EXCLUSIVAMENTE EL DATO QUE SE SOLICITA.<br/>                 NO SE ACEPTARAN AVISOS QUE PRESENTEN ABREVIATURAS, TACHADURAS O ENMENDADURAS.</p> | 10 BASE | 60 OTROS | 20 COMPAÑIA | 70 CONTINUACION VOLUNTARIA | 30 EVENTUAL | 80 PENSIONISTA | 40 BASE / LISTA DE RAYA | 90 APORTACION VOLUNTARIA (S.A.R.) | 50 LISTA DE RAYA |  |
| 10 BASE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 60 OTROS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |         |          |             |                            |             |                |                         |                                   |                  |  |
| 20 COMPAÑIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 70 CONTINUACION VOLUNTARIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |         |          |             |                            |             |                |                         |                                   |                  |  |
| 30 EVENTUAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 80 PENSIONISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |         |          |             |                            |             |                |                         |                                   |                  |  |
| 40 BASE / LISTA DE RAYA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 90 APORTACION VOLUNTARIA (S.A.R.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |         |          |             |                            |             |                |                         |                                   |                  |  |
| 50 LISTA DE RAYA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |         |          |             |                            |             |                |                         |                                   |                  |  |

**IMPORTANTE**  
 EL ARTICULO 6º DE LA LEY DEL I.S.S.S.T.E. ESTABLECE LA OBLIGACION DE COMUNICAR A ESTE INSTITUTO LA ALTA DEL TRABAJADOR DENTRO DE LOS 30 DIAS SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE OCURRA

(Hoja 1)



Formato

Aviso de Alta del Trabajador (ISSSTE)



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO  
SUBDIRECCION GENERAL DE PRESTACIONES ECONOMICAS,  
SOCIALES Y CULTURALES  
SUBDIRECCION DE AFILIACION Y VIGENCIA

DE CONFORMIDAD CON LOS ARTICULOS 6º DE LA LEY  
DEL I.S.S.S.T.E., 14 Y 25 DEL REGLAMENTO DE  
AFILIACION, VIGENCIA DE DERECHOS Y COBRANZA,  
SE PRESENTA EL SIGUIENTE:  
**AVISO DE BAJA DEL TRABAJADOR**

|                                                    |                            |                       |                                                      |  |          |
|----------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------|--|----------|
| <b>DATOS DEL TRABAJADOR</b>                        |                            |                       | CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION ( C. U. R. P. ) |  |          |
| R. F. C.                                           | NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL | ENTIDAD DE NACIMIENTO |                                                      |  |          |
| APELLIDO PATERNO                                   | APELLIDO MATERNO           | NOMBRE(S)             |                                                      |  |          |
| <b>DATOS DEL EMPLEO</b>                            |                            |                       | CLAVE DE LA CLINICA                                  |  |          |
| NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD                 |                            |                       |                                                      |  | TELEFONO |
| RAMO                                               | SELLO                      |                       | SELLO DE RECEPCION DEL I.S.S.S.T.E                   |  |          |
| PAGADURIA                                          |                            |                       |                                                      |  |          |
| CLAVE DE COBRO                                     |                            |                       |                                                      |  |          |
| ULTIMO SUELDO BASICO DE COTIZACION AL I.S.S.S.T.E. |                            |                       |                                                      |  |          |
| ULTIMO SUELDO BASICO DE APORTACION AL S.A.R.       |                            |                       |                                                      |  |          |
| ULTIMA REMUNERACION TOTAL                          |                            |                       |                                                      |  |          |
| FECHA DE BAJA EN EL EMPLEO                         |                            | CAUSA DE LA BAJA      |                                                      |  |          |
| DIA                                                | MES                        | AÑO                   |                                                      |  |          |

ORIGINAL : PROCESO - CATALOGO MANUAL DE ASEGURADOS LEER INSTRUCCIONES AL REVERSO

INSTRUCTIVO DE LLENADO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |            |             |                     |                         |         |                        |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------|-------------|---------------------|-------------------------|---------|------------------------|--|
| <p><b>DATOS DEL TRABAJADOR</b></p> <p>CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION ( C. U. R. P. )<br/>ANOTAR LA CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION DEL TRABAJADOR ASIGNADA POR LA SECRETARIA DE GOBERNACION CONSTA DE 18 CARACTERES, INCLUIDO EL DIGITO VERIFICADOR.</p> <p>R. F. C.<br/>ANOTAR EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES DEL TRABAJADOR ASIGNADO POR LA SECRETARIA DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO.</p> <p>NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL<br/>EL NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL CONSTA DE 11 CARACTERES, INCLUIDO EL DIGITO VERIFICADOR.</p> <p>ANOTAR EL NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL REGISTRADO ANTE EL I.S.S.S.T.E.</p> <p>ENTIDAD DE NACIMIENTO<br/>ANOTAR EL NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA EN QUE NACIO.</p> <p>APELLIDO PATERNO      APELLIDO MATERNO      NOMBRE(S)<br/>ANOTAR LOS APELLIDOS PATERNO Y MATERNO Y EL (LOS) NOMBRE(S) COMPLETO(S).</p> <p>CLAVE DE LA CLINICA<br/>PARA USO EXCLUSIVO DEL I.S.S.S.T.E.</p> <p><b>DATOS DEL EMPLEO</b></p> <p>NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD<br/>ANOTAR LA DENOMINACION DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD.</p> <p>TELEFONO<br/>ANOTAR EL NUMERO TELEFONICO DEL FUNCIONARIO FACULTADO POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD PARA AUTORIZAR MOVIMIENTOS AFILIATORIOS ANTE EL I.S.S.S.T.E.</p> <p>RAMO<br/>ANOTAR EL NUMERO DE RAMO REGISTRADO ANTE EL I.S.S.S.T.E.</p> <p>PAGADURIA<br/>ANOTAR EL NUMERO DE PAGADURIA REGISTRADO ANTE EL I.S.S.S.T.E.</p> | <p><b>CLAVE DE COBRO</b></p> <p>DATO ALFANUMERICO QUE UTILIZA LA DEPENDENCIA O ENTIDAD PARA RELACIONAR LOS CODIGOS : PRESUPUESTAL, DE PUESTO O CATEGORIA, DE DISTRIBUCION DE PAGO, DE NIVEL DE SUBNIVEL, ETC. DEL TRABAJADOR.</p> <p>ULTIMO SUELDO BASICO DE COTIZACION AL I.S.S.S.T.E.<br/>ANOTAR EN PESOS Y CENTAVOS EL ULTIMO SUELDO BASICO DE COTIZACION MENSUAL AL I.S.S.S.T.E. DEL TRABAJADOR.</p> <p>ULTIMO SUELDO BASICO DE APORTACION AL S.A.R.<br/>ANOTAR EN PESOS Y CENTAVOS EL ULTIMO SUELDO BASICO DE APORTACION MENSUAL AL SISTEMA DE AHORRO PARA EL RETIRO DEL TRABAJADOR.</p> <p>ULTIMA REMUNERACION TOTAL<br/>ANOTAR EN PESOS Y CENTAVOS EL ULTIMO INGRESO MENSUAL DEL TRABAJADOR, CONSIDERANDO TODAS LAS PRESTACIONES ECONOMICAS DE CARACTER PERMANENTE.</p> <p>FECHA DE BAJA EN EL EMPLEO<br/>ANOTAR DIA, MES Y AÑO DE LA BAJA DEL TRABAJADOR EN EL EMPLEO.<br/>EL DIA DE LA BAJA CORRESPONDE AL ULTIMO EN QUE EL TRABAJADOR PERCIBIO SUELDO.</p> <p>UTILIZAR EL FORMATO NUMERICO : DD-MM-AAAA.</p> <p>CAUSA DE LA BAJA<br/>ANOTAR EL NUMERO QUE CORRESPONDE A LA BAJA DE ACUERDO A LO SIGUIENTE :</p> <table border="0"> <tr> <td>1 LICENCIA SIN SUELDO</td> <td>5 RENUNCIA</td> </tr> <tr> <td>2 DEFUNCION</td> <td>6 RETIRO VOLUNTARIO</td> </tr> <tr> <td>3 RESCISION DE CONTRATO</td> <td>7 OTROS</td> </tr> <tr> <td>4 PENSION O JUBILACION</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>SELLO / FIRMA DEL FUNCIONARIO FACULTADO</b><br/>ANOTAR EL NOMBRE Y LA FIRMA AUTOGRAFA DEL FUNCIONARIO FACULTADO POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD PARA AUTORIZAR MOVIMIENTOS AFILIATORIOS ANTE EL I.S.S.S.T.E. IMPRIMIR SELLO DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD.</p> <p><b>NOTA IMPORTANTE</b></p> <p>UTILIZAR MAQUINA DE ESCRIBIR.<br/>ANOTAR EN CADA ESPACIO EXCLUSIVAMENTE EL DATO QUE SE SOLICITA;<br/>NO SE ACEPTARAN AVISOS QUE PRESENTEN ABREVIATURAS, TACHADURAS O ENMENDATURAS.</p> | 1 LICENCIA SIN SUELDO | 5 RENUNCIA | 2 DEFUNCION | 6 RETIRO VOLUNTARIO | 3 RESCISION DE CONTRATO | 7 OTROS | 4 PENSION O JUBILACION |  |
| 1 LICENCIA SIN SUELDO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 5 RENUNCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |            |             |                     |                         |         |                        |  |
| 2 DEFUNCION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 6 RETIRO VOLUNTARIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                       |            |             |                     |                         |         |                        |  |
| 3 RESCISION DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 7 OTROS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                       |            |             |                     |                         |         |                        |  |
| 4 PENSION O JUBILACION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |            |             |                     |                         |         |                        |  |

**IMPORTANTE**

EL ARTICULO 6º DE LA LEY DEL I.S.S.S.T.E. ESTABLECE LA OBLIGACION DE COMUNICAR A ESTE INSTITUTO, LA BAJA DEL TRABAJADOR DENTRO DE LOS 30 DIAS SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE OCURRA EL ARTICULO 14 DEL REGLAMENTO DE AFILIACION, VIGENCIA DE DERECHOS Y COBRANZA DEL I.S.S.S.T.E., ESTABLECE QUE LAS ALTAS, BAJAS Y MODIFICACIONES DE SUELDO DEBEN DE PRESENTARSE EN LOS FORMATOS QUE CORRESPONDEN.  
EL ARTICULO 25 DEL REGLAMENTO DE AFILIACION, VIGENCIA DE DERECHOS Y COBRANZA DEL I.S.S.S.T.E., ESTABLECE QUE LA OBLIGACION DEL PAGO DE CUOTAS Y APORTACIONES TERMINA CUANDO EL INSTITUTO RECIBE EL AVISO DE BAJA DEL TRABAJADOR.

**Formato DAP-06**

**Carta de Autorización para Pago de Nómina**

**Vía Tarjeta de Débito**

Anexo 28



GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE  
Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental  
Subsecretaría de Administración  
Dirección de Administración de Personal



Formato DAP-06

**CARTA DE AUTORIZACION PARA EL PAGO DE NOMINA  
VIA TARJETA DE DEBITO**

**INSTITUCION BANCARIA**

BANAMEX   
  SERFIN   
  BANORTE   
  BANCOMER   
  HSBC

C.

**Presente:**

Por este medio, doy mi autorización para que se abra una cuenta y el importe neto de mi sueldo, me sea cubierto mediante un depósito bancario, por lo que se me otorgará una tarjeta electromagnética para realizar los cobros de mis percepciones quincenales. El talón en el que se desglosan mis percepciones y deducciones, me será entregado al momento de firmar la nómina.

Para lo anterior le comunico lo siguiente:

**DATOS LABORALES:**

**NOMBRE COMPLETO:**   
**DEPENDENCIA :**       **R A M O :**   
**No. DE EMPLEADO:**       **C. U. R. P. :**   
**FECHA DE INGRESO:**       **R. F. C. :**   
**AFILIACION DEL I.M.S.S.:**       **FECHA NACIMIENTO:**   
**LUGAR DE NACIMIENTO:**       **NACIONALIDAD:**   
**SEXO:**       **ESTADO CIVIL:**   
**PUESTO ACTUAL:**       **DELEGACION:**

**DOMICILIO ACTUAL:**

**CALLE Y NUMERO:**   
**COLONIA:**   
**CIUDAD O POBLACION :**   
**MUNICIPIO Y ESTADO :**   
**CODIGO POSTAL :**   
**TELEFONO PARTICULAR :**       **TELEFONO OFICINA :**

**BENEFICIARIOS:**

| NOMBRE COMPLETO | FECHA NACIMIENTO | EDAD | PARENTESCO | PORCENTAJE |
|-----------------|------------------|------|------------|------------|
|                 |                  |      |            |            |
|                 |                  |      |            |            |

**NOTA: ANEXAR FOTOCOPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR VIGENTE Y COMPROBANTE DE DOMICILIO RECIENTE.**

San Francisco de Campeche, Cam., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FIRMA DE CONFORMIDAD

**Formato**

**Póliza de Seguro de Vida**

Anexo 29

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                          |                                                                                                  |                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                         | Grupo Nacional Provincial, S.A.B.<br>Av. Cerro de las Torres 395, Colonia Campestre Churubusco<br>c.p. 04200, México D.F. Tel: 5227 3999. www.gnp.com.mx |                                                                                                  | Grupo                |
| <b>Consentimiento de Seguro de Vida</b><br>Llene con letra de molde                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                          | No. de Póliza                                                                                    | No. de Certificado   |
| <b>Sección I. Datos del Contratante</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                          |                                                                                                  |                      |
| Código Cliente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                         | R.F.C.                                                                                                                                                   | Letras                                                                                           | Año                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                         | Mes                                                                                                                                                      | Día                                                                                              | Homoclave            |
| Razón social                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                          |                                                                                                  |                      |
| Domicilio (calle, No. y colonia)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                          |                                                                                                  |                      |
| C.P.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                         | Delegación o municipio                                                                                                                                   |                                                                                                  | Estado y/o población |
| Domicilio principal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                          |                                                                                                  |                      |
| Lada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Teléfono (1)                                                                                                                            | Ext.                                                                                                                                                     | Lada                                                                                             | Teléfono (2)         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                          |                                                                                                  | Ext.                 |
| Lada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Fax                                                                                                                                     |                                                                                                                                                          | Ext.                                                                                             |                      |
| <b>Sección II. Datos del Asegurado</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                          |                                                                                                  |                      |
| Código Cliente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                         | R.F.C.                                                                                                                                                   | Letras                                                                                           | Año                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                         | Mes                                                                                                                                                      | Día                                                                                              | Homoclave            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                         | Apellido Paterno                                                                                                                                         |                                                                                                  |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                         | Apellido Materno                                                                                                                                         |                                                                                                  |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                         | Nombre                                                                                                                                                   |                                                                                                  |                      |
| Sexo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                         | Estado Civil                                                                                                                                             |                                                                                                  | Fecha de nacimiento  |
| <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> UL | Día                                                                                                                                                      | Mes                                                                                              | Año                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                         | Fecha de ingreso al Grupo                                                                                                                                |                                                                                                  | CURP                 |
| Día                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Mes                                                                                                                                     | Año                                                                                                                                                      | Inicio - Término                                                                                 |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                         | Puesto u ocupación (detallar)                                                                                                                            |                                                                                                  |                      |
| Suma Asegurada o regla para determinar la Suma Asegurada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                          |                                                                                                  |                      |
| Elija sólo una de las siguientes formas de pago de la Suma Asegurada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                          |                                                                                                  |                      |
| <input type="checkbox"/> Administración en Fideicomiso (llenar reverso) Beneficiario: Fideicomiso GNP No. FI015-023-00(100%)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                          |                                                                                                  |                      |
| <input type="checkbox"/> Pago Único. Beneficiarios:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                          |                                                                                                  |                      |
| <b>Sección III. Beneficiarios</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                          |                                                                                                  |                      |
| Nombre completo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                         | Parentesco                                                                                                                                               |                                                                                                  | % de Suma Asegurada  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                          |                                                                                                  |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                          |                                                                                                  |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                          |                                                                                                  |                      |
| En caso de haber llenado esta parte, se tomarán estas personas como los Beneficiarios del Seguro, por lo que el Fideicomiso quedará nulo aún cuando se haya requisitado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                          |                                                                                                  |                      |
| <b>Advertencia:</b> En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.                                                                 |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                          |                                                                                                  |                      |
| La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombre Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.                                                                                                                                            |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                          |                                                                                                  |                      |
| Doy mi consentimiento para formar parte del Seguro de Grupo de Vida solicitado a GNP por el Grupo al que pertenezco y expresamente declaro que todo lo anteriormente expuesto es verídico y que gozo de buena salud y en este acto autorizo a los médicos y hospitales que me hayan asistido para que proporcionen a GNP todos los informes que se refieren a mi salud. Asimismo, manifiesto que conozco las Condiciones Generales y Particulares del Contrato de Seguro, las cuales me han sido proporcionadas en la fecha de firma de este Consentimiento. |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                          |                                                                                                  |                      |
| La Documentación Contractual y la Nota Técnica que integran este producto, están registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0043-0450-2006 de fecha 18 de Agosto 2006.                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                          |                                                                                                  |                      |
| Lugar y Fecha                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                          |                                                                                                  |                      |
| Firma o sello del Contratante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                          | Firma del Asegurado<br>(En caso de ser menor de edad, también deberá de firmar el Padre o Tutor) |                      |
| FPC010167_1188A006.jr                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                         | www.gnp.com.mx                                                                                                                                           |                                                                                                  | 1/2                  |

**(Hoja 1)**

**Formato  
Póliza de Seguro de Vida**

| Fideicomiso                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                             |                        |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                             |                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <b>Carta de adhesión al Fideicomiso GNP número FI015-023-00</b>                                                                                                                                                                                                                                               |                             |                        |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                             |                                                          |
| El Asegurado (Fideicomitente por adhesión) instruye a GNP (Fiduciario) para que las cantidades que sean pagadas por la Póliza de Seguro de este consentimiento ingresen a este Fideicomiso y sean entregadas a los Beneficiarios (Fideicomisarios) que designa de acuerdo a la cobertura y condiciones que la |                             |                        | póliza establece, mientras exista saldo en su fondo. <b>En caso de incapacidad temporal o permanente de algún Beneficiario para recibir el pago, el Fideicomisario contingente lo recibirá mientras dure la incapacidad.</b>                          |                                             |                                                          |
| Designación de Beneficiarios                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                             |                        | Distribución del Fondo a cada Beneficiario                                                                                                                                                                                                            |                                             |                                                          |
| Nombre y apellidos de los Beneficiarios                                                                                                                                                                                                                                                                       | Parentesco con el Asegurado | % de la Suma Asegurada | Para pago de rentas mensuales                                                                                                                                                                                                                         |                                             | Entregar pago unico en la fecha indicada a continuación: |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                             |                        | Deseo que Mensualmente se pague la cantidad de:                                                                                                                                                                                                       | Durante los años que indico a continuación: |                                                          |
| <b>Beneficiarios para la Cobertura por Fallecimiento</b>                                                                                                                                                                                                                                                      |                             |                        |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                             |                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                             | %                      |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                             |                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                             | %                      |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                             |                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                             | %                      |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                             |                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                             | %                      |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                             |                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                             | %                      |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                             |                                                          |
| La suma de los porcentajes debe ser:                                                                                                                                                                                                                                                                          |                             | 100%                   |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                             |                                                          |
| <b>Beneficiario para la Cobertura por Invalidez</b>                                                                                                                                                                                                                                                           |                             |                        |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                             |                                                          |
| <b>El propio Asegurado</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                             | <b>Mismo</b>           | <b>100%</b>                                                                                                                                                                                                                                           |                                             |                                                          |
| Si algún Beneficiario fallece su parte se distribuirá proporcionalmente entre los sobrevivientes, con base a los % señalados por el Asegurado. Si al concluir el plazo de pago de rentas mensuales existe remanente en el                                                                                     |                             |                        | fondo del Beneficiario, éste se le entregará en una sola exhibición. Las cantidades expresadas anteriormente se actualizan en enero de cada año con la inflación registrada para el año anterior.                                                     |                                             |                                                          |
| <b>El Asegurado nombra al siguiente Fideicomisario contingente y a sus suplentes, para recibir los pagos que correspondan a los Beneficiarios</b>                                                                                                                                                             |                             |                        | <b>mientras sean menores de edad o se encuentren en estado de incapacidad para recibir el pago.</b>                                                                                                                                                   |                                             |                                                          |
| Nombre y apellidos                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                             |                        | Teléfono                                                                                                                                                                                                                                              | Domicilio                                   |                                                          |
| Representante Legal                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                             | o,                     |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                             |                                                          |
| Suplente 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                             | o,                     |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                             |                                                          |
| Suplente 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                             |                        |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                             |                                                          |
| Observaciones                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                             |                        |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                             |                                                          |
| El Asegurado podrá actualizar estas instrucciones en cualquier momento, por conducto del Contratante; a su fallecimiento serán irrevocables.                                                                                                                                                                  |                             |                        | a) Copia fotostática de la Carátula o Certificado.<br>b) Endoso que modifique la designación original de Beneficiarios, con la siguiente declaración:                                                                                                 |                                             |                                                          |
| En caso de contar con otras Pólizas de Seguro de Vida vigentes, aún cuando éstas sean de otras aseguradoras y desee que las Sumas Aseguradas sean aportadas al presente Fideicomiso, le solicitamos anexar para cada una de ellas lo siguiente:                                                               |                             |                        | *La Suma Asegurada será aportada al Fideicomiso FI015-023-00, constituido en Grupo Nacional Provincial, S.A.B. y se pagará a mis Beneficiarios de acuerdo a las condiciones de ese Contrato de Fideicomiso y a mi Carta de Adhesión correspondiente.* |                                             |                                                          |
| _____<br>Lugar y Fecha                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                             |                        |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                             |                                                          |
| _____<br>Nombre y firma del asegurado<br>(Fideicomitente por adhesión)                                                                                                                                                                                                                                        |                             |                        |                                                                                                                                                                                                                                                       |                                             |                                                          |

FPC010167

www.gnp.com.mx

2/2

**(Hoja 2)**

Formato DAP-07

Carta Compromiso de Compatibilidad de Empleo

Anexo 30

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                     |               |  |  |            |  |  |           |  |  |       |       |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--|--|------------|--|--|-----------|--|--|-------|-------|---------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |               |  |  |            |  |  |           |  |  |       |       |               |
| <b>FORMATO DAP-07</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                     |               |  |  |            |  |  |           |  |  |       |       |               |
| <b>SECRETARIA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL<br/>SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACION<br/>DIRECCION DE ADMINISTRACION DE PERSONAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                     |               |  |  |            |  |  |           |  |  |       |       |               |
| <b>CARTA COMPROMISO DE COMPATIBILIDAD DE EMPLEO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                     |               |  |  |            |  |  |           |  |  |       |       |               |
| <p>El trabajador que ingrese al servicio público para desempeñar algún cargo de base o de confianza de conformidad a lo establecido en el artículo 3° de la Ley de los Trabajadores al Servicio del Gobierno del Estado de Campeche del Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado, deberá sujetarse a lo dispuesto por el artículo 53 fracción XII de la Ley Reglamentaria del Capítulo XVII de la Constitución Política del Estado de Campeche, que a la letra dice: <i>“Abstenerse de desempeñar algún otro empleo, cargo o comisión oficial o particular que la ley le prohíba, así como aquellos que no sean compatibles. La compatibilidad se da en dos o mas empleos siempre que se trate de Instituciones Públicas distintas, se desempeñen efectivamente las funciones en turnos diferentes o en horarios y jornadas de labores fijadas para la prestación del servicio, que no interfieran entre si y se cumplan los requisitos y perfiles del o los puestos a desempeñar”,</i> y artículo 38 fracción I de las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Campeche que a la letra dice: <i>“Aceptar y desempeñar algún puesto, cargo, comisión oficial o particular cuando sea incompatible con las funciones y jornada que tiene asignada”.</i></p> <p>Por tal motivo firmo voluntariamente y de conformidad la presente carta compromiso bajo protesta de decir verdad, que no cuento con trabajo que interfiera con este empleo como servidor público en el Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Campeche.</p> |                                                                                     |               |  |  |            |  |  |           |  |  |       |       |               |
| <table border="1"><tr><td colspan="3">Nombre:</td></tr><tr><td colspan="3">Domicilio:</td></tr><tr><td colspan="3">Teléfono:</td></tr><tr><td>Edad:</td><td>Sexo:</td><td>Estado civil:</td></tr></table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                     | Nombre:       |  |  | Domicilio: |  |  | Teléfono: |  |  | Edad: | Sexo: | Estado civil: |
| Nombre:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |               |  |  |            |  |  |           |  |  |       |       |               |
| Domicilio:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                     |               |  |  |            |  |  |           |  |  |       |       |               |
| Teléfono:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                     |               |  |  |            |  |  |           |  |  |       |       |               |
| Edad:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Sexo:                                                                               | Estado civil: |  |  |            |  |  |           |  |  |       |       |               |
| <p>_____<br/><b>Nombre y Firma de<br/>conformidad del Trabajador</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                     |               |  |  |            |  |  |           |  |  |       |       |               |
| <p>San Francisco de Campeche Cam; a      de      de</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |               |  |  |            |  |  |           |  |  |       |       |               |
| <p><i>Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental.</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     |               |  |  |            |  |  |           |  |  |       |       |               |

Formato DAP-08

Aviso de Acreditación ante el INFONAVIT

Anexo 31

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                    |                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <p>GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE<br/>Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental<br/>Subsecretaría de Administración<br/>Dirección de Administración de Personal</p> |  |
| <b>AVISO DE ACREDITACION ANTE EL INFONAVIT</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                    |                                                                                     |
| Formato DAP-08                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                    |                                                                                     |
| <b>VIVENDA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | SI <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                        | NO <input type="checkbox"/>                                                         |
| <b>No. DE CRÉDITO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                    |                                                                                     |
| <p>Por este conducto informo al Gobierno del Estado de Campeche, que a partir de mi ingreso al servicio del Gobierno del Estado de Campeche, en el caso de contar con un crédito de vivienda otorgado por el INFONAVIT, conforme a lo requisitado en el recuadro señalado, se realice el descuento correspondiente de mi salario vía nómina o por cheque; así mismo deberá adjuntar el Aviso de Retención o Modificación de Descuento correspondiente; de conformidad con lo establecido en el artículo 29 fracción III de la Ley del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores.</p> |                                                                                                                                                                                    |                                                                                     |
| <b>NOMBRE:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                    |                                                                                     |
| <b>DOMICILIO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                    |                                                                                     |
| <b>TELÉFONO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>CELULAR:</b>                                                                                                                                                                    |                                                                                     |
| <hr/> <b>Firma de Conformidad del Trabajador</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                    |                                                                                     |
| San Francisco de Campeche, Cam, a de de .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                    |                                                                                     |

**Formato DAP-09  
Solicitud de Pagos Pendientes**

Anexo 32

|           | GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE<br>Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental<br>Subsecretaría de Administración<br>Dirección de Administración de Personal |  |                                             |          |                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------|----------------------|
| <b>*SOLICITUD DE PAGOS PENDIENTES*</b>                                                     |                                                                                                                                                                          |                                                                                     |                                             |          |                      |
|                                                                                            |                                                                                                                                                                          | Formato DAP-09                                                                      |                                             |          |                      |
|                                                                                            |                                                                                                                                                                          | OFICIO No. _____                                                                    |                                             |          |                      |
|                                                                                            |                                                                                                                                                                          | FECHA _____                                                                         |                                             |          |                      |
| C. LIC. MARIA LUISA SAHAGÚN ARCILA<br>SECRETARIA DE ADMÓN. E INOV. GUB.<br>P R E S E N T E |                                                                                                                                                                          | DEPENDENCIA _____                                                                   |                                             |          |                      |
| SOLICITO A USTED SE SIRVA TRAMITAR EL PAGO DEL PERSONAL QUE A CONTINUACION SE DETALLA:     |                                                                                                                                                                          |                                                                                     |                                             |          |                      |
| ESTRUCTURA PROGRAMATICA                                                                    | NUMERO DEL EMPLEADO                                                                                                                                                      | NOMBRE                                                                              | NIVEL                                       | CONCEPTO | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|                                                                                            |                                                                                                                                                                          |                                                                                     |                                             |          |                      |
| ELABORO                                                                                    | Vo. Bo.                                                                                                                                                                  |                                                                                     | AUTORIZO                                    |          |                      |
| _____<br>COORDINADOR ADMINISTRATIVO                                                        | _____<br>TITULAR DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD                                                                                                                             |                                                                                     | _____<br>DIRECTORA DE ADMON.<br>DE PERSONAL |          |                      |
| Original: EXPEDIENTE PERSONAL<br>C.c.p.: DEPENDENCIA                                       |                                                                                                                                                                          |                                                                                     |                                             |          |                      |

## Formato DAP-09 Solicitud de Pagos Pendientes

### Instructivo

**Nombre de la Forma.** Formato "Solicitud de Pagos Pendientes".

**Objeto de la Forma.** Gestionar los movimientos de personal motivados por el cambio de nivel del empleado y el pago de tiempo extraordinario.

**Instrucciones Generales.** Este formato será llenado a máquina y los datos no deberán invadir los límites de los cuadros, se deberá utilizar un formato para cada tipo de movimiento, asimismo deberá de ser firmado por el titular del Área Administrativa de la Dependencia o Entidad Pública y el Director de Administración de Personal.

El importe será designado por la Dirección de Administración de Personal (Departamento de Incidencias y Prestaciones).

**Elabora.** Las Dependencias y las Entidades Públicas (área administrativa).

**Destino.** La Dirección de Administración de Personal.

**Número de Copias.** Dos copias.

Original: Expediente del servidor público.

1a. copia: Minutario del Departamento de Incidencias y Prestaciones.

2a. copia: Área administrativa de la Dependencia u Organismo Descentralizado.

### Instrucciones de Llenado

- 1. Oficio.** La numeración otorgada por la Dependencia o Entidad Pública.
- 2. Fecha.** El día, mes y año en que fue llenado el formato.
- 3. C.** El nombre del Secretario de Administración e Innovación Gubernamental.
- 4. Dependencia.** El nombre del centro de trabajo (Dependencia o Entidad Pública).
- 5. Estructura Programática.** Se anotará la clave completa que consta de 30 dígitos.
- 6. Número de Empleado.** El número de control único e interpersonal que corresponde al servidor público para efecto de nómina y de control de personal. El número que le corresponde al empleado según nómina.
- 7. Nombre.** El nombre (s), apellido paterno y apellido materno de los empleados.
- 8. Nivel.** Deberá anotar el nivel de puesto según el Catálogo de Puestos del Poder Ejecutivo.
- 9. Firma del trabajador.** Deberá firmar el trabajador.
- 10. Concepto.** Definir el motivo del pago:
  - Pagos por conceptos de altas temporales, debiendo anotar el número de días trabajados por cada clave de puesto en forma quincenal.

- Cambio de Nivel, especificando de que nivel a que nivel y la fecha del cambio. (Este tipo de pagos se realizará solamente cuando se encuentre autorizado por el Ejecutivo del Estado y sea notificado por la Dirección de Administración de Personal, para su aplicación conforme al Calendario de Fechas Límite para el 2014).
- Tiempo Extraordinario (De conformidad con el artículo 25 de la Ley de los Trabajadores al Servicio del Gobierno del Estado de Campeche el tiempo extraordinario nunca podrá exceder de tres horas diarias ni exigirse por más de tres veces consecutivas). Por lo anterior deberá anotar el número de horas y la fecha de las mismas.

**11. Firmas.** La firma de las autoridades superiores que autorizan, incluyendo al Titular de la Dependencia.

**Formato DAP-09 A**  
**Solicitud de Pagos por Suplencias**

Anexo 32- A

|                                           | GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE<br>Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental<br>Subsecretaría de Administración<br>Dirección de Administración de Personal |  |        |                                          |                   |          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------------------------------------|-------------------|----------|
| <b>"SOLICITUD DE PAGOS POR SUPLENCIAS"</b>                                                                                 |                                                                                                                                                                          | Formato DAP-og A                                                                    |        |                                          |                   |          |
| C. C. P. MILDRET GUADALUPE SUAREZ BURGOS<br>DIRECTORA DE ADMINISTRACION DE PERSONAL<br><b>P R E S E N T E</b>              |                                                                                                                                                                          | OFICIO No. _____<br>FECHA _____<br>DEPENDENCIA _____                                |        |                                          |                   |          |
| SOLICITO A USTED SE SIRVA TRAMITAR EL PAGO POR INTERINATO QUE A CONTINUACION SE DETALLA:<br>ESTRUCTURA PROGRAMATICA: _____ |                                                                                                                                                                          |                                                                                     |        |                                          |                   |          |
| DATOS DEL PERSONAL SUPLENTE                                                                                                |                                                                                                                                                                          |                                                                                     |        | DATOS DEL EMPLEADO QUE SE SUPLE          |                   |          |
| NO. DE EMP.                                                                                                                | NOMBRE                                                                                                                                                                   | NIVEL                                                                               | PUESTO | SUELDO                                   | SUPLE A: (NOMBRE) | CONCEPTO |
|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                          |                                                                                     |        |                                          |                   |          |
| ELABORO                                                                                                                    |                                                                                                                                                                          | Vo. Bo.                                                                             |        | AUTORIZO                                 |                   |          |
| _____<br>COORDINADOR ADMINISTRATIVO                                                                                        |                                                                                                                                                                          | _____<br>TITULAR DE LA DEPENDENCIA                                                  |        | _____<br>DIRECCION DE ADMON. DE PERSONAL |                   |          |
| Original: EXPEDIENTE PERSONAL<br>C.c.P.: DEPENDENCIA                                                                       |                                                                                                                                                                          |                                                                                     |        |                                          |                   |          |

## Formato DAP-09 A

### Solicitud de Pagos de Suplencias

#### Instructivo

**Nombre de la Forma.** Formato "Solicitud de Pagos de Suplencias".

**Objeto de la Forma.** Gestionar los movimientos de personal motivados por suplencias según el numeral 3.1.3.1.3 de este manual.

**Instrucciones Generales.** Este formato será llenado a máquina y los datos no deberán invadir los límites de los cuadros, se deberá utilizar un formato quincenal por suplente, asimismo deberá de ser firmado por el titular del Área Administrativa de la Dependencia o Entidad Pública y el Director de Administración de Personal.

El importe será designado por la Dirección de Administración de Personal (Departamento de Incidencias y Prestaciones).

**Elabora.** Las Dependencias y las Entidades Públicas (área administrativa)

**Destino.** La Dirección de Administración de Personal.

**Número de Copias.** dos copias.

Original: Expediente del servidor público.

1a. copia: Minutario del Departamento de Incidencias y Prestaciones.

2a. copia: Área administrativa de la Dependencia u Organismo Descentralizado.

#### Instrucciones de Llenado

- 1. Oficio.** La numeración otorgada por la Dependencia o Entidad Pública.
- 2. Fecha.** El día, mes y año en que fue llenado el formato.
- 3. Dependencia.** El nombre del centro de trabajo (Dependencia o Entidad Pública).
- 4. C.** El nombre de la Directora de Administración de Personal.
- 5. Estructura Programática.** Se anotará la clave completa que consta de 42 dígitos alfanuméricos.
- 6. Número del personal suplente.** El número de control único e interpersonal que corresponde al personal suplente para efecto de nómina y de control de personal. El número que le corresponde al suplente según nómina.
- 7. Nombre.** El nombre (s), apellido paterno y apellido materno del personal suplente.
- 8. Nivel.** Deberá anotar el nivel de puesto que se sule según el Catálogo de Puestos del Poder Ejecutivo.
- 9. Puesto.** Deberá anotar el nombre del puesto que se sule según el Catálogo de Puestos del Poder Ejecutivo.
- 10. Sueldo.** Será asignado por la Dirección de Administración de Personal según el tabulador de sueldos vigente.
- 11. Suple A.** Se anotará el Nombre de la persona a quien se sule.

**12. Concepto.** Definir el motivo del pago:

- Pagos por conceptos de altas temporales, debiendo anotar el número de días trabajados por cada clave de puesto en forma quincenal.

**13. Firmas.** La firma de las autoridades superiores que autorizan, incluyendo al Titular de la Dependencia.

**Formato DAP-10**

**Solicitud de Pensión y Jubilación**

Anexo 33



Dirección de Administración de Personal  
Calle 8 Núm. 325, entre 63 y 65, Col. Centro C.P. 24000  
San Francisco de Campeche, Campeche, Tel. (981) 811 92 00 Ext. 27360

**Formato DAP-10**

FECHA DE ELABORACIÓN:     
DIA MES AÑO

SOLICITUD NUMERO:

CURP:

R.F.C.:

**C. P. DIANA LORENA ESCALANTE ARCEO**  
**DIRECTORA GENERAL DEL ISSSTECAM**

DE CONFORMIDAD CON EL ART. 58, 59, 60 Y 62 DE LA LEY DEL ISSSTECAM, ME PERMITO ENVIARLE, PARA SU ESTUDIO Y RESOLUCION CORRESPONDIENTE, LA DOCUMENTACION RELATIVA A LA PENSIÓN POR:

|                           |             |                |                |
|---------------------------|-------------|----------------|----------------|
| NOMBRE (S)                |             | APELLIDO (S)   |                |
| PUESTO VIGENTE O ULTIMO   |             | SUELDO MENSUAL |                |
| DEPENDENCIA O ENTIDAD     |             | RAMO           | UNIDAD PRESUP. |
| FECHA PROBABLE DE LA BAJA |             |                |                |
| DOMICILIO                 |             | TELEFONO       |                |
| CALLE                     | NUM.        | COLONIA        |                |
| ESTADO CIVIL:             | SOLTERO (A) | DIVORCIADO (A) |                |
| UNION LIBRE               | CASADO      | VIUDO (A)      |                |
| DEPENDIENTES ECONOMICOS:  |             |                |                |
| NOMBRE:                   | APELLIDOS   | OCUPACION      |                |

Vo. Bo.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
TITULAR DE LA DEPENDENCIA

ORIGINAL - ISSSTECAM  
C.c.p.- Expediente.  
C.c.p.- Minutario.  
C.c.p.- Interesado

**AUTORIZO:**  
**C. P. MILDRET GUADALUPE SUAREZ BURGOS**  
**DIRECCION DE ADMINISTRACION DE PERSONAL**

## Formato DAP-11

### Solicitud para Periodo de Lactancia

Anexo 34

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                    |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE<br/>Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental<br/>Subsecretaría de Administración<br/>Dirección de Administración de Personal</p> |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

**SOLICITUD PARA PERIODO DE LACTANCIA** Formato DAP-11

San Francisco de Campeche, Cam., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

C.

**PRESENTE.**

Con fundamento en el párrafo segundo del artículo 27 de la Ley de los Trabajadores al Servicio del Gobierno del Estado de Campeche y último párrafo de artículo 43 de las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Campeche, por este medio me permito solicitar a usted mi período de Lactancia a partir del \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Mi horario normal de labores es de las \_\_\_\_\_ horas a las \_\_\_\_\_ de Lunes a Viernes. Por lo que para efectos del período de lactancia utilizaré una hora al inicio \_\_\_\_\_ o al término \_\_\_\_\_ de mi jornada de trabajo, por lo que cubriré un horario de labores de las \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ horas.

Sin otro particular, le envío un cordial saludo.

Atentamente

C. \_\_\_\_\_  
(Nombre y Firma)

C.c.p.- Coordinador Administrativo de la Dependencia o Entidad  
C.c.p.- La Dirección de Administración de Personal de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental del Gobierno del Estado.  
C.c.p.- Interesada.

**Nota: Este es un modelo sugerido que deberá adecuarse según sea el planteamiento y las necesidades del servicio de la Dependencia o Entidad.**

**Formato ST-7**

**Aviso de Atención Médica Inicial y Calificación de Probable Riesgo del Trabajo**

Anexo 35

|                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                            |                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
|  <p><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b><br/>DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS</p> <p>AVISO DE ATENCION MEDICA INICIAL Y CALIFICACION DE PROBABLE RIESGO DE TRABAJO ST-7</p> | DATOS DEL PATRON PARA VERIFICACION Y CERTIFICACION DE VIGENCIA DE DERECHO: |                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                      | 1) NOMBRE DEL PATRON O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA                          |                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                      | 2) DOMICILIO DE LA EMPRESA, CALLE Y NUMERO                                 |                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                      | COLONIA O FRACCIONAMIENTO, DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO         |                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                      | 3) CODIGO POSTAL                                                           | 4) TELEFONO (LADA)                                                     |
| 5) REGISTRO PATRONAL                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                            |                                                                        |
| PARA SER LLENADO POR LOS SERVICIOS DE ATENCION MEDICA                                                                                                                                                                                                                |                                                                            |                                                                        |
| 6) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL                                                                                                                                                                                                                                        | 7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)                                   | 8) IDENTIFICACION OFICIAL (ESPECIFICAR)                                |
| 9) CURP                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                            |                                                                        |
| 10) EDAD (AÑOS)                                                                                                                                                                                                                                                      | 11) SEXO<br>M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>          | 12) ESTADO CIVIL                                                       |
| 13) DOMICILIO: CALLE Y NUMERO                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                            | COLONIA O FRACCIONAMIENTO                                              |
| DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO                                                                                                                                                                                                                              |                                                                            | 14) TELEFONO                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                            | 15) CODIGO POSTAL                                                      |
| 16) UMF DE ADSCRIPCION                                                                                                                                                                                                                                               | 17) DELEGACION (IMSS)                                                      | 18) FECHA Y HORA DEL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO<br>DIA MES AÑO HORA |
| 19) FECHA Y HORA DE LA CONSULTA<br>DIA MES AÑO HORA                                                                                                                                                                                                                  |                                                                            |                                                                        |
| 20) DESCRIPCION DETALLADA DE LA FORMA, LUGAR Y MECANISMO DEL ACCIDENTE; EN CASO DE ENFERMEDAD DESCRIBIR LOS AGENTES CONTAMINANTES Y EL TIEMPO DE EXPOSICION A LOS MISMOS                                                                                             |                                                                            |                                                                        |
| 21) DESCRIPCION DE LA(S) LESION(ES) Y TIEMPO DE EVOLUCION                                                                                                                                                                                                            |                                                                            |                                                                        |
| 22) DIAGNOSTICO(S) NOSOLOGICO, ETIOLOGICO Y ANATOMOFUNCIONAL                                                                                                                                                                                                         |                                                                            |                                                                        |
| 23) TRATAMIENTO(S)                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                            |                                                                        |
| 24) SIGNOS Y SINTOMAS (MARQUE CON UNA X)<br>INTOXICACION ALCOHOLICA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> INTOXICACION POR ENERVANTES SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                      |                                                                            | OTROS: DESCRIPCION                                                     |
| 25) OTRAS CONDICIONES<br>HUBO RIÑA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> EXISTE EVIDENCIA DE SIMULACION SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                    |                                                                            |                                                                        |
| 26) ATENCION MEDICA PREVIA EXTRA INSTITUCIONAL, ESPECIFIQUE                                                                                                                                                                                                          |                                                                            |                                                                        |
| 27) INCAPACIDAD INICIAL<br>AMERITA INCAPACIDAD SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                               | FECHA DE INICIO<br>DIA MES AÑO                                             | No. DE FOLIO                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                            | Nº DE DIAS AUTORIZADOS                                                 |
| 28) SE ENVIA PACIENTE AL SERVICIO DE                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                            |                                                                        |
| 29) NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                            | MATRICULA                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                            | FIRMA (MEDICO TRATANTE)                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                            | 30) UNIDAD MEDICA Y DELEGACION                                         |
| EL ASEGURADO DA CUMPLIMIENTO AL ARTICULO 51 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL DE PROPIO DERECHO Y BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD MANIFIESTA QUE LOS DATOS Y HECHOS AQUÍ ASENTADOS SON VERDADEROS                                                                            |                                                                            |                                                                        |
| TRABAJADOR<br>(NOMBRE Y FIRMA)                                                                                                                                                                                                                                       | FAMILIAR O REPRESENTANTE<br>(NOMBRE Y FIRMA)                               | TESTIGO<br>(NOMBRE Y FIRMA)                                            |
| DOMICILIO Y TELEFONO DEL FAMILIAR O REPRESENTANTE                                                                                                                                                                                                                    |                                                                            |                                                                        |
| DOMICILIO Y TELEFONO DEL TESTIGO                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                            |                                                                        |

**(Hoja 1)**

**Formato ST-7**

**Aviso de Atención Médica Inicial y Calificación de Probable Riesgo del Trabajo**

DATOS COMPLEMENTARIOS PARA LA CALIFICACION DE PROBABLE RIESGO DE TRABAJO (PARA SER LLENADO POR LA EMPRESA)

|                                                                                                                                                                                                                               |  |     |                                                         |                                                                           |      |                                                                                           |  |                                             |                                                         |                                      |      |                                                  |                |                                                         |  |                                   |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------|------|--------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|
| 1) NOMBRE DEL PATRON O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA                                                                                                                                                                             |  |     |                                                         | 2) ACTIVIDAD O GIRO                                                       |      |                                                                                           |  | 3) REGISTRO PATRONAL                        |                                                         |                                      |      |                                                  |                |                                                         |  |                                   |  |
| 4) DOMICILIO: CALLE Y NUMERO                                                                                                                                                                                                  |  |     |                                                         | COLONIA O FRACCIONAMIENTO                                                 |      |                                                                                           |  |                                             |                                                         |                                      |      |                                                  |                |                                                         |  |                                   |  |
| DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO                                                                                                                                                                                       |  |     |                                                         | CODIGO POSTAL                                                             |      | 5) TELEFONO (LADA)                                                                        |  | 6) CORREO ELECTRONICO                       |                                                         |                                      |      |                                                  |                |                                                         |  |                                   |  |
| 7) NOMBRE DEL TRABAJADOR                                                                                                                                                                                                      |  |     |                                                         | 8) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL                                             |      |                                                                                           |  | 9) DOMICILIO: CALLE Y NUMERO                |                                                         |                                      |      |                                                  |                |                                                         |  |                                   |  |
| COLONIA O FRACCIONAMIENTO                                                                                                                                                                                                     |  |     |                                                         | DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO                                   |      |                                                                                           |  | 10) CODIGO POSTAL                           |                                                         |                                      |      |                                                  |                |                                                         |  |                                   |  |
| 11) OCUPACION QUE DESEMPEÑABA AL MOMENTO DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD                                                                                                                                                           |  |     |                                                         | 12) ANTIGÜEDAD EN LA OCUPACION                                            |      |                                                                                           |  | 13) DIA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE     |                                                         | 14) SALARIO DIARIO                   |      |                                                  |                |                                                         |  |                                   |  |
| 15) MATRICULA (TRABAJADOR IMSS)                                                                                                                                                                                               |  |     |                                                         | 16) CLAVE PRESUPUESTAL DE LA UNIDAD IMSS DE ADSCRIPCION (TRABAJADOR IMSS) |      |                                                                                           |  | 17) HORARIO DE TRABAJO EL DIA DEL ACCIDENTE |                                                         | EN CASO DE ENFERMEDAD HORARIO ACTUAL |      |                                                  |                |                                                         |  |                                   |  |
| 18) FECHA Y HORA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD                                                                                                                                                                     |  | DIA | MES                                                     | AÑO                                                                       | HORA | 19) FECHA Y HORA EN QUE EL TRABAJADOR SUSPENDE LABORES A CAUSA DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD |  | DIA                                         | MES                                                     | AÑO                                  | HORA |                                                  |                |                                                         |  |                                   |  |
| 20) CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE                                                                                                                                                                                |  |     |                                                         |                                                                           |      |                                                                                           |  |                                             |                                                         |                                      |      |                                                  |                |                                                         |  |                                   |  |
| EN LA EMPRESA <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                        |  |     | EN UNA COMISION <input type="checkbox"/>                |                                                                           |      | EN TRAYECTO A SU TRABAJO <input type="checkbox"/>                                         |  |                                             | EN TRAYECTO A SU DOMICILIO <input type="checkbox"/>     |                                      |      | TRABAJANDO TIEMPO EXTRA <input type="checkbox"/> |                |                                                         |  |                                   |  |
| 21) DESCRIPCION PRECISA DE LA FORMA, SITIO O AREA DE TRABAJO EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE, EN CASO DE ENFERMEDAD(ES) DESCRIBIR LOS AGENTES CONTAMINANTES Y TIEMPO DE EXPOSICION A LOS MISMOS                                   |  |     |                                                         |                                                                           |      |                                                                                           |  |                                             |                                                         |                                      |      |                                                  |                |                                                         |  |                                   |  |
| 22) NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA DE LA EMPRESA QUE TOMO CONOCIMIENTO INICIAL DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD                                                                                                                       |  |     |                                                         |                                                                           |      | 23) FECHA Y HORA DE COMUNICACION DEL ACCIDENTE O ENFERMEDAD                               |  | DIA                                         | MES                                                     | AÑO                                  | HORA |                                                  |                |                                                         |  |                                   |  |
| 24) NOMBRE Y DOMICILIO DE LAS PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE                                                                                                                                                          |  |     |                                                         |                                                                           |      |                                                                                           |  |                                             |                                                         |                                      |      |                                                  |                |                                                         |  |                                   |  |
| 25) SI LA PRIMERA ATENCION MEDICA NO LA PROPORCIONO EL IMSS, ANOTAR DONDE SE OTORGO Y ANEXAR CERTIFICADO MEDICO                                                                                                               |  |     |                                                         |                                                                           |      |                                                                                           |  |                                             |                                                         |                                      |      |                                                  |                |                                                         |  |                                   |  |
| 26) ANOTAR QUE AUTORIDADES OFICIALES TOMARON CONOCIMIENTO DEL ACCIDENTE Y ANEXAR COPIA CERTIFICADA DEL ACTA RESPECTIVA                                                                                                        |  |     |                                                         |                                                                           |      |                                                                                           |  |                                             |                                                         |                                      |      |                                                  |                |                                                         |  |                                   |  |
| 27) ACLARACIONES Y OBSERVACIONES                                                                                                                                                                                              |  |     |                                                         |                                                                           |      |                                                                                           |  |                                             |                                                         |                                      |      |                                                  |                |                                                         |  |                                   |  |
| 28) NOMBRE DEL PATRON O SU REPRESENTANTE LEGAL                                                                                                                                                                                |  |     |                                                         |                                                                           |      | 29) LUGAR Y FECHA                                                                         |  |                                             |                                                         |                                      |      |                                                  |                |                                                         |  |                                   |  |
| 30) FIRMA DEL PATRON O SU REPRESENTANTE LEGAL                                                                                                                                                                                 |  |     |                                                         |                                                                           |      | 31) SELLO DEL PATRON O DE LA EMPRESA                                                      |  |                                             |                                                         |                                      |      |                                                  |                |                                                         |  |                                   |  |
| DICTAMEN DE CALIFICACION (PARA USO EXCLUSIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO DEL IMSS)                                                                                                                                |  |     |                                                         |                                                                           |      |                                                                                           |  |                                             |                                                         |                                      |      |                                                  |                |                                                         |  |                                   |  |
| 32) DIAGNOSTICO(S) NOSOLOGICO, ETIOLOGICO Y ANATOMOFUNCIONAL DE LA LESION O ENFERMEDAD                                                                                                                                        |  |     |                                                         |                                                                           |      |                                                                                           |  |                                             |                                                         |                                      |      |                                                  |                |                                                         |  |                                   |  |
| 33) FUNDAMENTO LEGAL DE LA CALIFICACION                                                                                                                                                                                       |  |     |                                                         |                                                                           |      |                                                                                           |  |                                             |                                                         | 34) UNIDAD MEDICA                    |      |                                                  |                |                                                         |  |                                   |  |
| 35) NOMBRE DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN                                                                                                                                                                               |  |     |                                                         | 36) MATRICULA IMSS                                                        |      |                                                                                           |  | 37) LUGAR Y FECHA                           |                                                         | DIA                                  | MES  | AÑO                                              | 38) DELEGACION |                                                         |  |                                   |  |
| 39) SE ACEPTA COMO ACCIDENTE DE TRABAJO                                                                                                                                                                                       |  |     | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                                                                           |      | 40) SE ACEPTA COMO ACCIDENTE DE TRAYECTO                                                  |  |                                             | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                                      |      | 41) SE ACEPTA COMO ENFERMEDAD DE TRABAJO         |                | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |  | 42) FIRMA DEL MEDICO QUE CALIFICA |  |
| NOTA: SI NO ESTA DE ACUERDO CON LA CALIFICACION, PUEDE INCONFORMARSE DENTRO DE LOS 15 DIAS HABILIS SIGUIENTES A LA NOTIFICACION, EN CUMPLIMIENTO AL ARTICULO 294 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL Y AL REGLAMENTO CORRESPONDIENTE. |  |     |                                                         |                                                                           |      |                                                                                           |  |                                             |                                                         |                                      |      |                                                  |                |                                                         |  |                                   |  |
| RECIBI COPIA ST-7                                                                                                                                                                                                             |  |     |                                                         |                                                                           |      | FECHA:                                                                                    |  |                                             |                                                         |                                      |      |                                                  |                |                                                         |  |                                   |  |
| FIRMA DEL TRABAJADOR, BENEFICIARIO O REPRESENTANTE LEGAL                                                                                                                                                                      |  |     |                                                         |                                                                           |      |                                                                                           |  |                                             |                                                         |                                      |      |                                                  |                |                                                         |  |                                   |  |

(Hoja 2)

Formato ST-2

Dictamen de Alta por Riesgo de Trabajo

Anexo 36



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
 DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS  
 COORDINACION DE SALUD EN EL TRABAJO

DICTAMEN DE ALTA POR RIESGO DE TRABAJO  
 ST-2

**DATOS DEL ASEGURADO**

|                                        |                                                |
|----------------------------------------|------------------------------------------------|
| 1) APELLIDOS PATERNO, MATERNO Y NOMBRE | 2) NUMERO DE AFILIACION                        |
| 3) CURP                                |                                                |
| 4) MATRICULA                           | 5) CLAVE PRESUPUESTAL DE UNIDAD DE ADSCRIPCION |

**DATOS DE LA EMPRESA**

|                          |                      |
|--------------------------|----------------------|
| 6) NOMBRE O RAZON SOCIAL | 7) REGISTRO PATRONAL |
|--------------------------|----------------------|

**DATOS DEL RIESGO DE TRABAJO**

|                                                                                                                    |                                                |                                                |                                                                    |  |  |     |     |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--|--|-----|-----|-----|
| 8) TIPO DE RIESGO                                                                                                  |                                                |                                                | 9) FECHA DE ACCIDENTE O DE RECLAMACION DE LA ENFERMEDAD DE TRABAJO |  |  | DIA | MES | AÑO |
| <input type="checkbox"/> ACCIDENTE DE TRABAJO                                                                      | <input type="checkbox"/> ACCIDENTE EN TRAYECTO | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE TRABAJO | 10) INICIO DE LABORES                                              |  |  | DIA | MES | AÑO |
| INCAPACIDAD PERMANENTE SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> MARCAR SOLO POR SALUD EN EL TRABAJO |                                                |                                                |                                                                    |  |  |     |     |     |

NOTA: EN CASO DE PRESENTAR SECUELAS, EL SERVICIO DE SALUD EN EL TRABAJO DETERMINARA LA FECHA DE INICIO DE LABORES, PREVIA VALORACION CORRESPONDIENTE.

|                                                 |            |               |     |     |     |                         |
|-------------------------------------------------|------------|---------------|-----|-----|-----|-------------------------|
| 11) LUGAR                                       | DELEGACION | UNIDAD MEDICA | DIA | MES | AÑO | <b>FIRMA DEL MEDICO</b> |
| 12) NOMBRE DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN |            | MATRICULA     |     |     |     |                         |

SERVICIO DE SALUD EN EL TRABAJO
ST-2/97

Formato ST-3

Dictamen de Incapacidad Permanente o de Defunción por Riesgo de Trabajo

Anexo 37



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS  
COORDINACION DE SALUD EN EL TRABAJO

1) FOLIO NO. \_\_\_\_\_ ST-3

DICTAMEN DE INCAPACIDAD PERMANENTE O DE DEFUNCION POR RIESGO DE TRABAJO

**DATOS DEL ASEGURADO**

|                                           |                                                |                                                                  |                         |                           |  |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------|--|
| 2) APELLIDOS PATERNO, MATERNO, NOMBRE (S) |                                                |                                                                  | 3) NUMERO DE AFILIACION |                           |  |
| 4) CURP                                   |                                                | 5) SEXO<br>F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |                         | 6) IDENTIFICACION OFICIAL |  |
| 7) MATRICULA                              | 8) CLAVE PRESUPUESTAL DE UNIDAD DE ADSCRIPCION | 9) OCUPACION                                                     |                         | 10) TELEFONO              |  |
| 11) DOMICILIO, CALLE                      |                                                | NUMERO                                                           | C.P.                    | CIUDAD Y ESTADO           |  |

**DATOS DEL PATRON O DE LA EMPRESA**

|                           |  |        |                       |                 |  |
|---------------------------|--|--------|-----------------------|-----------------|--|
| 12) NOMBRE O RAZON SOCIAL |  |        | 13) REGISTRO PATRONAL |                 |  |
| 14) DOMICILIO, CALLE      |  | NUMERO | C.P.                  | CIUDAD Y ESTADO |  |

**DICTAMEN**

15) INICIAL  16) CAPITAL CONSTITUTIVO  17) REVALUACION   
 18) LAUDO/CONVENIO  NO. EXP. LAB. \_\_\_\_\_ FECHA LAUDO/CONVENIO \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                                                                                                                     |                                         |                                                                                                                   |  |                                                   |     |                                                    |                          |                                                                      |     |     |     |     |      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------|-----|----------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|------|
| TIPO DE DICTAMEN                                                                                                                                                                                                                    |                                         | TIPO DE RIESGO                                                                                                    |  |                                                   |     |                                                    |                          | 23) ENFERMEDAD DE TRABAJO                                            |     |     |     |     |      |
| 19) INCAPACIDAD PERMANENTE <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                 |                                         | 20) DEFUNCION <input type="checkbox"/>                                                                            |  | 21) ACCIDENTE DE TRABAJO <input type="checkbox"/> |     | 22) ACCIDENTE EN TRAYECTO <input type="checkbox"/> |                          |                                                                      |     |     |     |     |      |
| CARACTER DEL DICTAMEN                                                                                                                                                                                                               |                                         | 26) FECHA DEL ACCIDENTE O DE LA RECLAMACION DE LA ENFERMEDAD DE TRABAJO                                           |  | DIA                                               | MES | ANO                                                | HORA                     | 27) FECHA DE LA DEFUNCION                                            |     | DIA | MES | ANO | HORA |
| 24) PROVISIONAL <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                            | 25) DEFINITIVO <input type="checkbox"/> | 28) MECANISMO DEL ACCIDENTE O TIEMPO DE EXPOSICION AL (LOS) AGENTE (S) CONTAMINANTE (S) Y ALTERACIONES PRODUCIDAS |  |                                                   |     |                                                    |                          |                                                                      |     |     |     |     |      |
| 29) DIAGNOSTICO (S) DE LA VALUACION DE LA INCAPACIDAD ORGANOFUNCIONAL O DE LA DEFUNCION Y FUNDAMENTO LEGAL DE LA CALIFICACION EN CASO DE ENFERMEDAD DE TRABAJO                                                                      |                                         |                                                                                                                   |  |                                                   |     |                                                    |                          |                                                                      |     |     |     |     |      |
| TRATAMIENTO QUIRURGICO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE OTORGO PROTESIS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SE OTORGO ORTESIS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                                         |                                                                                                                   |  |                                                   |     |                                                    |                          |                                                                      |     |     |     |     |      |
| 30) FRACCION (ES) DE LA TABLA DE VALUACION DE INCAPACIDADES PERMANENTES DE LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO Y SUS RESPECTIVOS PORCENTAJES                                                                                                 |                                         |                                                                                                                   |  |                                                   |     |                                                    |                          |                                                                      |     |     |     |     |      |
| SESUGIERE APLICAR "C" DEL ART. 4 DEL RJP SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                    |                                         |                                                                                                                   |  |                                                   |     |                                                    |                          |                                                                      |     |     |     |     |      |
| 31) INCAPACIDAD ORGANOFUNCIONAL (SUMA DE LOS PORCENTAJES PARCIALES CON LETRA Y NUMERO)                                                                                                                                              |                                         |                                                                                                                   |  |                                                   |     |                                                    | 32) INICIO DE PENSION    |                                                                      | DIA | MES | ANO |     |      |
| 33) OBSERVACIONES                                                                                                                                                                                                                   |                                         |                                                                                                                   |  |                                                   |     |                                                    | 34) FECHA DE REVALUACION |                                                                      | DIA | MES | ANO |     |      |
| 35) LUGAR Y FECHA                                                                                                                                                                                                                   |                                         |                                                                                                                   |  |                                                   |     | UNIDAD MEDICA                                      |                          | 36) DELEGACION                                                       |     |     |     |     |      |
| 37) NOMBRE, FIRMA Y MATRICULA DEL MEDICO QUE ELABORO EL DICTAMEN                                                                                                                                                                    |                                         |                                                                                                                   |  |                                                   |     |                                                    | MATRICULA                |                                                                      |     |     |     |     |      |
| 38) APROBACION DEL COORDINADOR CLINICO DE SALUD EN EL TRABAJO                                                                                                                                                                       |                                         |                                                                                                                   |  | 39) APROBACION DEL JEFE DE LA DIST                |     |                                                    |                          | 40) AUTORIZACION DEL COORDINADOR DELEGACIONAL DE SALUD EN EL TRABAJO |     |     |     |     |      |
| EXPEDIENTE CLINICO                                                                                                                                                                                                                  |                                         |                                                                                                                   |  |                                                   |     |                                                    |                          |                                                                      |     |     |     |     |      |

(Hoja 1)

**Formato ST-3**

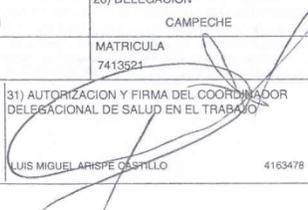
**Dictamen de Incapacidad Permanente o de  
Defunción por Riesgo de Trabajo**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                       |                                                                                          |                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
|  <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b><br>DIRECCION DE PRESTACIONES ECONOMICAS<br>COORDINACION DE SALUD EN EL TRABAJO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                       | 1) No Folio: 304080011                                                                   |                        |
| 08/08/2008                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                       | <b>DICTAMEN DE INCAPACIDAD PERMANENTE<br/>O DE DEFUNCION POR RIESGO DE TRABAJO ST- 3</b> |                        |
| <b>DATOS DEL ASEGURADO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                       |                                                                                          |                        |
| 1) APELLIDOS PATERNO, MATERNO, NOMBRE(S)<br>CAMACHO REYES FROILAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                       | 2) NUMERO DE AFILIACION<br>81945400513                                                   |                        |
| 3) C.U.R.P.<br>CARF540205TUP6S8D1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | SEXO<br>MASCULINO                                                                     | IDENTIFICACION OFICIAL<br>CREDENCIAL PARA VOTAR 0091014359435                            |                        |
| 4) MATRICULA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 5) UNIDAD DE ADSCRIPCION LABORAL                                                      | OCUPACION<br>CONDUCTORES DE AUTOMOVILES, TAXIS Y CAMIONETAS                              | TELEFONO<br>9811037679 |
| 6) DOMICILIO, CALLE Y NUMERO<br>CALLE 4 DE JUNIO NO. 82                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                       | C.P.<br>24099                                                                            | ESTADO<br>CAMPECHE     |
| CIUDAD<br>SAN FRANCISCO DE CAMPECHE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                       |                                                                                          |                        |
| <b>DATOS DEL PATRON O DE LA EMPRESA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                       |                                                                                          |                        |
| 7) NOMBRE O RAZON<br>GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                       | 8) REGISTRO PATRONAL<br>A101110110                                                       |                        |
| 9) DOMICILIO, CALLE Y NUMERO<br>CALLE 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                       | C.P.<br>24000                                                                            | ESTADO<br>CAMPECHE     |
| CIUDAD<br>SAN FRANCISCO DE CAMPECHE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                       |                                                                                          |                        |
| <b>DICTAMEN: INICIAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                       |                                                                                          |                        |
| TIPO DE DICTAMEN<br><input type="checkbox"/> 10) INCAPACIDAD PERMANENTE <input checked="" type="checkbox"/> 11) DEFUNCION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                       | TIPO DE RIESGO<br>ACCIDENTE DE TRABAJO                                                   |                        |
| CARACTER DEL DICTAMEN<br>Definitivo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 17) FECHA DEL ACCIDENTE O DE LA RECLAMACION DE LA ENFERMEDAD DE TRABAJO<br>10/07/2008 | 18) FECHA DE DEFUNCION<br>10/07/2008                                                     |                        |
| 19) MECANISMO DEL ACCIDENTE O TIEMPO DE EXPOSICION AL (LOS) AGENTE (S) CONTAMINANTE (S) Y ALTERACIONES PRODUCIDAS<br>Conductor de camioneta, que es comisionado del 7 al 11 de julio de 2008, a las localidades de pital viejo, mango y km 59, nueva esperanza, encanto y ranchos area de seyba, con el objeto de realizar actividades de atencion primaria a la salud y al regresar de candelaria a campeche, en el km 243 700 de la carretera Villahermosa-escarcega, tramo 3 brazos-nueva esperanza, pierde el equilibrio, derrapando y volcandose, muriendo en el lugar del accidente, de acuerdo al acta del ministerio publico y necropsia de medicos peritos con DX. DE TRAUMATISMO CRANEENCEFALICO Y TORACICO GRADO IV POR CONTUSION INDIRECTA. |                                                                                       |                                                                                          |                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                       |                                                                                          |                        |

(Hoja 2)

**Formato ST-3**

**Dictamen de Incapacidad Permanente o de Defunción por Riesgo de Trabajo**

|                                                                                                                                                                |                                    |                                                                                                                             |                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 20) DIAGNOSTICO (S) DE LA VALUACION DE LA INCAPACIDAD ORGANOFUNCIONAL O DE LA DEFUNCION Y FUNDAMENTO LEGAL DE LA CALIFICACION EN CASO DE ENFERMEDAD DE TRABAJO |                                    |                                                                                                                             |                      |
| 1. Defunción -                                                                                                                                                 |                                    |                                                                                                                             |                      |
| TRATAMIENTO QUIRURGICO                                                                                                                                         |                                    | NO                                                                                                                          | SE OTORGO PROTESIS   |
|                                                                                                                                                                |                                    |                                                                                                                             | NO                   |
|                                                                                                                                                                |                                    | SE OTORGO ORTESIS                                                                                                           | NO.                  |
| 21) FRACCION (ES) DE LA TABLA DE VALUACION DE INCAPACIDADES PERMANENTES DE LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO Y SUS RESPECTIVOS PORCENTAJES                            |                                    |                                                                                                                             |                      |
| 1 Fracción 0 - 0 % Incapacidad Permanente                                                                                                                      |                                    |                                                                                                                             |                      |
| SE SUGIERE APLICAR TABLA "C" DEL ART. 4 DEL RJP SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                        |                                    |                                                                                                                             |                      |
| 22) INCAPACIDAD ORGANOFUNCIONAL( SUMA DE LOS PORCENTAJES PARCIALES CON LETRA Y NUMERO)                                                                         |                                    | 23) INICIO DE LA PENSION                                                                                                    | FECHA DE REVALUACION |
| 0% Cero por ciento.                                                                                                                                            |                                    | 10/07/2008                                                                                                                  |                      |
| 24) OBSERVACIONES                                                                                                                                              |                                    |                                                                                                                             |                      |
| Anexo acta de la Policía Federal Preventiva, Ministerio publico, necropsia, pliego de comisión del trabajador.                                                 |                                    |                                                                                                                             |                      |
| 25) LUGAR Y FECHA                                                                                                                                              | UNIDAD MEDICA                      | 26) DELEGACION                                                                                                              |                      |
| CAMPECHE                                                                                                                                                       | HGZ con M.F. No. 1                 | CAMPECHE                                                                                                                    |                      |
| 27) NOMBRE DEL MEDICO QUE ELABORO EL DICTAMEN                                                                                                                  |                                    | MATRICULA                                                                                                                   |                      |
| RUFINA VILLALOBOS QUEVEDO                                                                                                                                      |                                    | 7413521                                                                                                                     |                      |
| 29) APROBACION DEL COORDINADOR CLINICO DE SALUD EN EL TRABAJO                                                                                                  | 30) APROBACION DEL JEFE DE LA DIST | 31) AUTORIZACION Y FIRMA DEL COORDINADOR DELEGACIONAL DE SALUD EN EL TRABAJO                                                |                      |
|                                                                                                                                                                |                                    | <br>LUIS MIGUEL ARISPE CASTILLO 4163478 |                      |

**(Hoja 3)**



**Formato ST-4  
Dictamen de Invalidez**

|                                                               |                                                                                                                                                         |  |  |                                                               |     |     |                                                                                     |                                                                    |  |                                                       |                   |    |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---------------------------------------------------------------|-----|-----|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------|-------------------|----|
| DIAGNOSTICOS                                                  | 25) NOSOLOGICO (S)                                                                                                                                      |  |  |                                                               |     |     |                                                                                     |                                                                    |  |                                                       |                   |    |
|                                                               | 26) ETIOLOGICO                                                                                                                                          |  |  |                                                               |     |     |                                                                                     |                                                                    |  |                                                       |                   |    |
|                                                               | 27) ANATOMO FUNCIONAL (LIMITACIONES QUE INTERFIEREN CON LAS ACTIVIDADES LABORALES)                                                                      |  |  |                                                               |     |     |                                                                                     |                                                                    |  |                                                       |                   |    |
| PRONOSTICO                                                    | 28) PARA DESEMPEÑAR TRABAJO REMUNERADO                                                                                                                  |  |  |                                                               |     |     |                                                                                     |                                                                    |  |                                                       |                   |    |
|                                                               | 29) ANTECEDENTES LABORALES, AGENTES A LOS QUE ESTUVO EXPUESTO Y REQUERIMIENTOS DE SUS PUESTOS DE TRABAJO ANTERIORES                                     |  |  |                                                               |     |     |                                                                                     |                                                                    |  |                                                       |                   |    |
| ESTUDIO LABORAL<br>(PERFIL DEL PUESTO)                        | 30) DESCRIPCION DE LAS LABORES ACTUALES O DEL ULTIMO PUESTO, REQUERIMIENTOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PUESTOS SIMILARES Y AGENTES A LOS QUE ESTA EXPUESTO |  |  |                                                               |     |     |                                                                                     |                                                                    |  |                                                       |                   |    |
|                                                               | 31) CAPACIDADES RESIDUALES Y POTENCIALES                                                                                                                |  |  |                                                               |     |     |                                                                                     |                                                                    |  |                                                       |                   |    |
| EXCLUYENTES                                                   | 32) SE TRATA DE UN RIESGO DE TRABAJO                                                                                                                    |  |  |                                                               | SI  | NO  | 33) PROVOCO INTENCIONALMENTE SU ESTADO PATOLOGICO                                   |                                                                    |  |                                                       | SI                | NO |
|                                                               | 34) ES RESULTADO DE LA COMISION DE UN DELITO                                                                                                            |  |  |                                                               | SI  | NO  | 35) EL ESTADO DE INVALIDEZ ES PREVIO AL ASEGURAMIENTO, ART. 123 FRACCION III L.S.S. |                                                                    |  |                                                       | SI                | NO |
| OTRAS PENSIONES                                               | 36) CORRESPONDE AL SEGURO DE PENSION POR VEJEZ                                                                                                          |  |  |                                                               | SI  | NO  | 37) CORRESPONDE AL SEGURO DE CESANTIA EN EDAD AVANZADA                              |                                                                    |  |                                                       | SI                | NO |
|                                                               | 38) NOMBRE DEL ASEGURADO                                                                                                                                |  |  |                                                               |     |     |                                                                                     |                                                                    |  |                                                       |                   |    |
| D<br>I<br>C<br>T<br>A<br>M<br>E<br>N                          | NO. DE SEGURIDAD SOCIAL                                                                                                                                 |  |  |                                                               |     |     |                                                                                     |                                                                    |  |                                                       |                   |    |
|                                                               | 39) EXISTE UN ESTADO DE INVALIDEZ                                                                                                                       |  |  |                                                               |     |     |                                                                                     |                                                                    |  |                                                       |                   |    |
|                                                               | 40) ARTICULO 140 DE LA LEY DEL IMSS                                                                                                                     |  |  |                                                               | SI  | NO  | 41) LA PENSION DEBE MEJORARSE CON                                                   |                                                                    |  |                                                       | SI                | NO |
|                                                               | 42) FECHA DE INICIO DEL ESTADO DE INVALIDEZ                                                                                                             |  |  |                                                               |     |     |                                                                                     |                                                                    |  |                                                       |                   |    |
|                                                               | DIA MES AÑO                                                                                                                                             |  |  |                                                               |     |     |                                                                                     |                                                                    |  |                                                       |                   |    |
|                                                               | 43) DIAS DE INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD GENERAL PREVIOS AL DICTAMEN                                                                                      |  |  |                                                               |     |     | 44) 75% O MAS DE INVALIDEZ                                                          |                                                                    |  | PORCENTAJE DE PERDIDA DE LA CAPACIDAD PARA EL TRABAJO |                   |    |
|                                                               | SI                                                                                                                                                      |  |  |                                                               |     |     | NO                                                                                  |                                                                    |  |                                                       |                   |    |
| 45) FECHA DE ELABORACION                                      |                                                                                                                                                         |  |  | DIA                                                           | MES | AÑO | 46) DELEGACION                                                                      |                                                                    |  |                                                       | 47) UNIDAD MEDICA |    |
| 48) RESPONSABLES                                              |                                                                                                                                                         |  |  |                                                               |     |     |                                                                                     |                                                                    |  |                                                       |                   |    |
| NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MEDICO QUE ELABORO EL DICTAMEN    |                                                                                                                                                         |  |  |                                                               |     |     |                                                                                     |                                                                    |  | MATRICULA                                             |                   |    |
| 49) APROBACION DEL COORDINADOR CLINICO DE SALUD EN EL TRABAJO |                                                                                                                                                         |  |  | 50) APROBACION DEL JEFE DE LA DIVISION DE SALUD EN EL TRABAJO |     |     |                                                                                     | 51) APROBACION DEL COORDINADOR DELEGACIONAL DE SALUD EN EL TRABAJO |  |                                                       |                   |    |
| 52) EL CARACTER DE LA INVALIDEZ                               |                                                                                                                                                         |  |  |                                                               |     |     |                                                                                     |                                                                    |  |                                                       |                   |    |
| TEMPORAL                                                      |                                                                                                                                                         |  |  | FECHA DE REVALORACION                                         |     |     |                                                                                     | DEFINITIVO                                                         |  |                                                       |                   |    |
|                                                               |                                                                                                                                                         |  |  | DIA MES AÑO                                                   |     |     |                                                                                     |                                                                    |  |                                                       |                   |    |

**(Hoja 2)**

**Formato**

**Primer Periodo Vacacional 2015**

Anexo 39



SECRETARIA DE ADMINISTRACION E INNOVACION GUBERNAMENTAL  
DIRECCION DE ADMINISTRACION DE PERSONAL  
PRIMER PERIODO VACACIONAL 2015



| ROL . NUM | FECHA DE INICIO<br>LUNES | FECHA DE TERMINO<br>VIERNES |
|-----------|--------------------------|-----------------------------|
| 1         | 09-feb                   | 20-feb                      |
| 2         | 16-feb                   | 27-feb                      |
| 3         | 23-feb                   | 06-mar                      |
| 4         | 02-mar                   | 13-mar                      |
| 5         | 09-mar                   | 20-mar                      |
| 6         | 16-mar                   | 27-mar                      |
| 7         | 23-mar                   | 03-abr                      |
| 8         | 30-mar                   | 10-abr                      |
| 9         | 06-abr                   | 17-abr                      |
| 10        | 13-abr                   | 24-abr                      |
| 11        | 20-abr                   | 01-may                      |
| 12        | 27-abr                   | 08-may                      |
| 13        | 04-may                   | 15-may                      |
| 14        | 11-may                   | 22-may                      |
| 15        | 18-may                   | 29-may                      |
| 16        | 25-may                   | 05-jun                      |
| 17        | 01-jun                   | 12-jun                      |
| 18        | 08-jun                   | 19-jun                      |
| 19        | 15-jun                   | 26-jun                      |
| 20        | 22-jun                   | 03-jul                      |
| 21        | 29-jun                   | 10-jul                      |
| 22        | 06-jul                   | 17-jul                      |
| 23        | 13-jul                   | 24-jul                      |
| 24        | 20-jul                   | 31-jul                      |
| 25        | 27-jul                   | 07-ago                      |
| 26        | 03-ago                   | 14-ago                      |
| 27        | 10-ago                   | 21-ago                      |
| 28        | 17-ago                   | 28-ago                      |
| 29        | 24-ago                   | 04-sep                      |
| 30        | 31-ago                   | 11-sep                      |
| 31        | 07-sep                   | 18-sep                      |
| 32        | 14-sep                   | 25-sep                      |
| 33        | 21-sep                   | 02-oct                      |
| 34        | 28-sep                   | 09-oct                      |
| 35        | 05-oct                   | 16-oct                      |
| 36        | 12-oct                   | 23-oct                      |
| 37        | 19-oct                   | 30-oct                      |
| 38        | 26-oct                   | 06-nov                      |
| 39        | 02-nov                   | 13-nov                      |
| 40        | 09-nov                   | 20-nov                      |

**NOTA:** En los casos en que, dentro del periodo vacacional se encuentre un día inhábil considerado en el calendario de días no laborales, se comerá la fecha de entrada a laborar.  
Para los efectos de gozar de este derecho laboral los Servidores Públicos deberán observar estrictamente lo dispuesto en el Protocolo Electoral y la Legislación vigente en materia Política Electoral, con la finalidad de evita posibles actos y acciones que impliquen responsabilidades de los Servidores Públicos.

## Formato DAP-12

### Aviso de Cambio de Número de Tarjeta

Anexo 40

|                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                    |                                   |                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
|                                                                                                                                                    | GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE<br>Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental<br>Subsecretaría de Administración<br>Dirección de Administración de Personal | <br>EN CAMPECHE<br>VAMOS POR NUESTRO<br>PROGRESO<br><b>SAIG</b> |                                   |                               |
| Formato DAP-12                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                    |                                   |                               |
| <b>AVISO DE CAMBIO DE NUMERO DE TARJETA</b>                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                    |                                   |                               |
| <b>INSTITUCION BANCARIA</b>                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                    |                                   |                               |
| <input type="checkbox"/> BANAMEX                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> SERFIN                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> BANORTE                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> BANCOMER | <input type="checkbox"/> HSBC |
| Campeche, Cam., a ____ de ____ de ____                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                    |                                   |                               |
| <b>C.P. MILDRET GUADALUPE SUAREZ BURGOS</b><br>Directora de Administración de Personal de la<br>Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental<br>Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Campeche.<br><b>PRESENTE.</b> |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                    |                                   |                               |
| <i>Por este medio, le comunico el nuevo número de tarjeta de pago a efectos de realizar el depósito de mis percepciones correspondientes:</i>                                                                                       |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                    |                                   |                               |
| Nombre Completo                                                                                                                                                                                                                     | <input type="text"/>                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                    |                                   |                               |
| No. de empleado                                                                                                                                                                                                                     | <input type="text"/>                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                    |                                   |                               |
| Dependencia de Adscripción                                                                                                                                                                                                          | <input type="text"/>                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                    |                                   |                               |
| No. de tarjeta <i>Cancelada y/o Extraviada</i>                                                                                                                                                                                      | <input type="text"/>                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                    |                                   |                               |
| <b>Número de tarjeta actual para depósito</b>                                                                                                                                                                                       | <input type="text"/>                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                    |                                   |                               |
| <b>Número de Cuenta actual para depósito</b>                                                                                                                                                                                        | <input type="text"/>                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                    |                                   |                               |
| Atentamente                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                    |                                   |                               |
| C. _____<br>(Firma)                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                    |                                   |                               |

**Formato DAP-13**

**Autorización para Laborar Horas Extraordinarias**

Anexo 41

|                                                                                                                       |                   |                                                                                                                                                                                                      |                 |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|                                      |                   | <b>GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE</b><br><i>Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental</i><br><i>Subsecretaría de Administración</i><br><i>Dirección de Administración de Personal</i> |                 |  |
|                                                                                                                       |                   | Formato DAP-13                                                                                                                                                                                       |                 |                                                                                     |
| <b>AUTORIZACIÓN PARA LABORAR HORAS EXTRAORDINARIAS</b>                                                                |                   |                                                                                                                                                                                                      |                 |                                                                                     |
| SE AUTORIZA AL C. :                                                                                                   |                   |                                                                                                                                                                                                      | NO. DE EMPLEADO |                                                                                     |
| DE LA DEPENDENCIA:                                                                                                    |                   | UNIDAD:                                                                                                                                                                                              |                 |                                                                                     |
| A TRABAJAR LOS DIAS:                                                                                                  | COMENZANDO A LAS: | NÚMERO DE HORAS EXTRAS                                                                                                                                                                               |                 |                                                                                     |
| NO SE AUTORIZA EL PAGO DEL TIEMPO EXTRA, SI ESTE FORMATO NO ES ENTREGADO A LA DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL |                   |                                                                                                                                                                                                      |                 |                                                                                     |
| <b>TRABAJO A REALIZAR</b>                                                                                             |                   |                                                                                                                                                                                                      |                 |                                                                                     |
| NUMERO                                                                                                                | OPERATIVO         | ADMINISTRATIVO                                                                                                                                                                                       | OTROS           |                                                                                     |
| DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO                                                                                               |                   |                                                                                                                                                                                                      |                 |                                                                                     |
|                                                                                                                       |                   |                                                                                                                                                                                                      |                 |                                                                                     |
|                                                                                                                       |                   |                                                                                                                                                                                                      |                 |                                                                                     |
| <b>CAUSAS POR LAS QUE PROLONGA LA JORNADA ORDINARIA:</b>                                                              |                   |                                                                                                                                                                                                      |                 |                                                                                     |
|                                                                                                                       |                   |                                                                                                                                                                                                      |                 |                                                                                     |
|                                                                                                                       |                   |                                                                                                                                                                                                      |                 |                                                                                     |
| SOLICITADO POR:                                                                                                       |                   | AUTORIZADO POR:                                                                                                                                                                                      |                 | FECHA                                                                               |
| Nombre y Cargo                                                                                                        |                   | Nombre y Cargo                                                                                                                                                                                       |                 |                                                                                     |

## Formato DAP-13 Autorización para Laborar Horas Extraordinarias

### Instructivo

**Nombre de la Forma.** Autorización para Laborar Horas Extraordinarias.

**Objeto de la Forma.** Gestionar la autorización para efectuar el pago de horas extraordinarias a los servidores públicos que por necesidades del servicio las lleven a cabo de acuerdo a la normatividad laboral.

**Instrucciones Generales.** Este formato será llenado en letra molde, a máquina o procesado en equipo de cómputo y los datos no deberán invadir los límites de los recuadros, asimismo deberá de ser firmado por el jefe de la unidad administrativa de la dependencia o entidad pública y autorizado por el titular de la dependencia o entidad pública.

**Elabora.** El jefe de la Unidad Administrativa.

**Destino.** La Dirección de Administración de Personal.

**Número de copias:** dos copias.

Original: Dirección de Administración de Personal.

1a. copia: Coordinación Administrativa de la Dependencia o Entidad.

2ª. Copia: Jefe de la Unidad Administrativa.

### Instrucciones de Llenado

- 1. Se autoriza al C.** El(os) nombre(s), apellido paterno, apellido materno del trabajador que realizará la(s) hora(s) extraordinaria(s).
- 2. No. de Empleado.** El número de control único e interpersonal que corresponde al servidor público para efecto de nómina y de control de personal. El número que le corresponde al empleado según nómina.
- 3. De la Dependencia.** El nombre del centro de trabajo (dependencia o entidad pública).
- 4. Unidad Administrativa ó Área de Trabajo.** El nombre del área administrativa en que el servidor público labora según el Reglamento Interior de cada Dependencia o Entidad.
- 5. A trabajar los días.** Anotará el o los nombres de los días de la semana que trabajará el empleado sin rebasar los límites permitidos por la normatividad laboral.
- 6. Comenzando a las.** Se anotará la hora en que iniciará la(s) hora(s) extraordinaria(s).

- 7. Número de Horas Extras.** Se anotará el número de horas extraordinarias que se realizarán sin rebasar los límites permitidos por la normatividad laboral.
- 8. Número de Trabajo a Realizar.** Anotará el número de trabajo o trabajos que deberá realizar durante la(s) hora(s) extraordinaria(s).
- 9. Tipo de Trabajo a Realizar.** Señale con una "X" si el tipo de trabajo que corresponde a las funciones operativas, administrativas o de otra naturaleza, según el Catálogo de Puestos del Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado.
- 10. Descripción del Trabajo.** Anotará la descripción del trabajo que justifican la autorización para que se lleve a cabo la(s) hora(s) extraordinaria(s).
- 11. Causas por las que se prolonga la jornada ordinaria.** Anotará las causas por las que se prolonga la jornada ordinaria que justifican la autorización para que se lleve a cabo la(s) hora(s) extraordinaria(s).
- 12. Solicitado por.** Deberá anotar el nombre completo y su respectiva firma del Titular de la Unidad Administrativa en cuya área de trabajo se realizará(n) la(s) hora(s) extraordinaria(s).
- 13. Autorizado por.** Deberá anotar el nombre y su respectiva firma del Titular de la Dependencia o Entidad o el servidor público facultado para ello en quien se delegue dicha facultad.
- 14. Fecha.** El día, mes y año de su llenado.

**Formato DAP-14**  
**Reporte de Horas Extras**

Anexo 42



**GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE**  
**SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL**  
**SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN**  
**DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL**



Formato DAP-14

**REPORTE DE HORAS EXTRAS**  
CORRESPONDIENTE AL MES DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

| DIA                | SEMANA 1 |           | SEMANA 2 |           | SEMANA 3 |      | SEMANA 4 |      | SEMANA 5 |      |
|--------------------|----------|-----------|----------|-----------|----------|------|----------|------|----------|------|
|                    | DIA      | HRS. LAB. | DIA      | HRS. LAB. | DIA      | HRS. | DIA      | HRS. | DIA      | HRS. |
| LUNES              |          |           |          |           |          |      |          |      |          |      |
| MARTES             |          |           |          |           |          |      |          |      |          |      |
| MIÉRCOLES          |          |           |          |           |          |      |          |      |          |      |
| JUEVES             |          |           |          |           |          |      |          |      |          |      |
| VIERNES            |          |           |          |           |          |      |          |      |          |      |
| SABADO             |          |           |          |           |          |      |          |      |          |      |
| DOMINGO            |          |           |          |           |          |      |          |      |          |      |
| <b>TOTAL HORAS</b> |          |           |          |           |          |      |          |      |          |      |

|                        |  |
|------------------------|--|
| NOMBRE DEL TRABAJADOR: |  |
| NO. DE EMPLEADO        |  |
| DEPENDENCIA            |  |
| UNIDAD                 |  |
| TOTAL HORAS EXTRAS:    |  |

|                |                |                                                                                                                          |
|----------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ELABORO        | INTERESADO     | EL QUE SUSCRIBE HACE CONSTAR QUE LOS DATOS REGISTRADOS EN EL PRESENTE, CONCUERDAN CON EL REGISTRO ORIGINAL DE ASISTENCIA |
| NOMBRE Y FIRMA | NOMBRE Y FIRMA | NOMBRE Y FIRMA                                                                                                           |

## Formato DAP-14 Reporte de Horas Extras

### Instructivo

**Nombre de la Forma.** Reporte de Horas Extras.

**Objeto de la Forma.** Gestionar el pago de horas extraordinarias a los servidores públicos que por necesidades del servicio las lleven a cabo de acuerdo a la normatividad laboral.

**Instrucciones Generales.** Este formato será llenado en letra molde, a máquina o procesado en equipo de cómputo y los datos no deberán invadir los límites de los cuadros, asimismo deberá de ser firmado por el coordinador administrativo de la dependencia o entidad pública, el personal que realiza la hora extraordinaria como parte interesada y personal responsable del registro de asistencia al trabajo de la dependencia o entidad pública.

**Elabora.** El Coordinador Administrativo.

**Destino.** La Dirección de Administración de Personal.

**Número de copias:** dos copias.

Original: Dirección de Administración de Personal.

1a. copia: Coordinación Administrativa de la Dependencia o Entidad.

2ª. Copia: Interesado.

### Instrucciones de Llenado

- 1. Correspondiente al mes de.** Se anotará el mes y el año que corresponde al periodo en que se efectuó la hora(s) extraordinaria(s).
- 2. Tiempo extra laborado.** Se registrará en las celdas respectivas el número de horas que se laboraron por semana y el total de las mismas, sin rebasar los límites permitidos por la normatividad laboral.
- 3. Nombre del trabajador.** El(os) nombre(s), apellido paterno, apellido materno del trabajador.
- 4. No. de Empleado.** El número de control único e interpersonal que corresponde al servidor público para efecto de nómina y de control de personal. El número que le corresponde al empleado según nómina.
- 5. Dependencia.** El nombre del centro de trabajo (dependencia o entidad pública).
- 6. Unidad Administrativa ó Área de Trabajo.** El nombre del área administrativa en que el servidor público labora según el Reglamento Interior de cada Dependencia o Entidad.
- 7. Total horas extras.** Se anotará el total de horas extras acumuladas en las semanas del mes calendario de que se trate, según la sumatoria del apartado 2 de este instructivo.

- 8. Elaboró.** Nombre y firma del Coordinador Administrativo que elaboró el llenado del formato.
- 9. Interesado.** Nombre y firma del trabajador que realizó las horas extraordinarias.
- 10. Control de Asistencia.** Nombre y firma del servidor público responsable del control de asistencia en la Dependencia o Entidad.

**Formato DAP-15**  
**"Solicitud de Pagos de Horas Extras"**

Anexo 43

|  |        | GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE<br>Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental<br>Subsecretaría de Administración<br>Dirección de Administración de Personal |                   |        |  EN CAMPECHE<br>VAMOS POR NUESTRO<br>PROGRESO<br>SAIG |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
|                                                                                   |        | <b>"SOLICITUD DE PAGOS DE HORAS EXTRAS"</b>                                                                                                                              |                   |        |                                                                                                                                          |               |
| NUM. DE EMPLEADO                                                                  | NOMBRE | NIVEL                                                                                                                                                                    | NÚMERO SEMANAL DE |        | ACTIVIDAD DESARROLLADA DURANTE ESE TIEMPO                                                                                                | JUSTIFICACIÓN |
|                                                                                   |        |                                                                                                                                                                          | HORAS*            | DIAS * |                                                                                                                                          |               |
|                                                                                   |        |                                                                                                                                                                          |                   |        |                                                                                                                                          |               |

|                  |                     |                                                                                       |                                                                             |
|------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| ÁREA SOLICITANTE | Vo. Bo. DEL TITULAR | Vo. Bo. DEL TITULAR                                                                   | AUTORIZÓ                                                                    |
| _____            | _____               | _____                                                                                 | _____                                                                       |
|                  |                     | LIC. MARÍA LUISA SAHAGÚN ARCILA<br>SECRETARIA DE ADMÓN. E<br>INNOVACION GUBERNAMENTAL | C. P. MILDRET GPE. SUÁREZ BURGOS<br>DIRECTORA DE ADMINISTRACION DE PERSONAL |

\*Nota: Estos pagos deberán ajustarse a lo dispuesto en el artículo 25 de la Ley de los Trabajadores al Servicio del Gobierno del Estado de Campeche, no se pagarán los tiempos extraordinarios que excedan de 3 horas diaria, ni de tres veces en una semana

Original: EXPEDIENTE PERSONAL  
C.c.p.: DEPENDENCIA

## Formato DAP-15 "Solicitud de Pagos de Horas Extras"

### Instructivo

**Nombre de la Forma.** Solicitud de Pagos de Horas Extras.

**Objeto de la Forma.** Gestionar el pago de horas extraordinarias a los servidores públicos que por necesidades del servicio las lleven a cabo de acuerdo a la normatividad laboral.

**Instrucciones Generales.** Este formato será llenado en letra molde, a máquina o procesado en equipo de cómputo y los datos no deberán invadir los límites de los cuadros, asimismo deberá de ser firmado por el responsable del área solicitante de la dependencia o entidad pública, el titular de la dependencia o entidad pública, la directora de Administración de Personal de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental.

**Elabora.** El área solicitante.

**Destino.** La Dirección de Administración de Personal.

**Número de copias:** Una copia.

Original: Dirección de Administración de Personal.

Copia: Coordinación Administrativa de la Dependencia o Entidad.

### Instrucciones de Llenado

- 1. No. de Empleado.** El número de control único e interpersonal que corresponde al servidor público para efecto de nómina y de control de personal. El número que le corresponde al empleado según nómina.
- 2. Nombre del trabajador.** El(os) nombre(s), apellido paterno, apellido materno del trabajador.
- 3. Nivel.** El nivel según denominación del catálogo de puesto.
- 4. Horas.** Se registrará en las celdas respectivas el número de horas que se laboraron por semana y el total de las mismas, sin rebasar los límites permitidos por la normatividad laboral.
- 5. Días.** Se anotará el día, mes y el año que corresponde al periodo en que se efectuó la hora(s) extra(s). No se tramitarán las horas extras que excedan de 3 horas diarias, ni de 3 veces en una semana
- 6. Actividad desarrollada durante ese tiempo.** Describir la Actividad que no sea rutinaria o normal, cuyo objetivo sea la prestación de servicios públicos o labores de interés general prioritario.

- 7. Justificación.** La causa que amerita laborar en horarios fuera de los establecidos, que deriven de una circunstancia extraordinaria y no del desempeño de las actividades que realiza en su jornada normal de labores.

**Formato DAP-16**  
**Solicitud de Corrección de Datos en Nómina**

Anexo 44

|         |                       | GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE<br>Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental<br>Subsecretaría de Administración<br>Dirección de Administración de Personal |                         |                                                                                          |  |          |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------|
|                                                                                          |                       | <b>*SOLICITUD DE CORRECCION DE DATOS EN NOMINA*</b>                                                                                                                      |                         |                                                                                          | Formato DAP-16                                                                      |          |
| C. LIC. MARIA LUISA SAHAGÚN ARCILA<br>SECRETARIA DE ADMÓN. E INNOV. GUB.<br>PRESENTE.    |                       | DEPENDENCIA: _____<br>OFICIO: _____ FECHA: _____                                                                                                                         |                         |                                                                                          |                                                                                     |          |
| SOLICITO A USTED SE SIRVA CORREGIR LOS DATOS DEL PERSONAL QUE A CONTINUACION SE DETALLA: |                       |                                                                                                                                                                          |                         |                                                                                          |                                                                                     |          |
| ESTRUCTURA<br>PROGRAMATICA                                                               | NUMERO DE<br>EMPLEADO | NOMBRE                                                                                                                                                                   | FIRMA DEL<br>TRABAJADOR | NIVEL                                                                                    | DATOS A MODIFICAR                                                                   |          |
|                                                                                          |                       |                                                                                                                                                                          |                         |                                                                                          | INCORRECTO                                                                          | CORRECTO |
|                                                                                          |                       |                                                                                                                                                                          |                         |                                                                                          |                                                                                     |          |
| ELABORO                                                                                  |                       | Vo. Bo.                                                                                                                                                                  |                         | AUTORIZO                                                                                 |                                                                                     |          |
| _____<br>COORDINADOR ADMINISTRATIVO                                                      |                       | _____<br>TITULAR DE LA DEPENDENCIA                                                                                                                                       |                         | _____<br>C.P. MILDRET GUADALUPE SUÁREZ BURGOS<br>DIRECTORA DE ADMINISTRACION DE PERSONAL |                                                                                     |          |
| Original: EXPEDIENTE PERSONAL<br>C.c.p.: DEPENDENCIA                                     |                       |                                                                                                                                                                          |                         |                                                                                          |                                                                                     |          |

## Formato DAP-16 Solicitud de Corrección de Datos en Nómina

### Instructivo

**Nombre de la forma.** Formato "Solicitud de Corrección de Datos en Nómina".

**Objeto de la Forma.** Gestionar la corrección de datos de los servidores públicos motivados por la escritura incorrecta de su nombre, fecha de ingreso y otras referencias de índole personal que afecten la nómina.

**Instrucciones Generales.** Este formato será llenado a máquina y los datos no deberán invadir los límites de los recuadros, asimismo deberá de ser firmado por el Titular del Área Administrativa de la Dependencia o Entidad Pública y el Director de Administración de Personal.

**Elabora.** Las Dependencias y las Entidades Públicas (área administrativa).

**Destino.** La Dirección de Administración de Personal.

**Número de Copias.** Dos copias.

Original: Expediente del servidor público.

1a. copia: Minutario del Departamento de Incidencias y Prestaciones.

2a. copia: Área administrativa de la Dependencia o Entidad Pública.

### Instrucciones de Llenado

- 1. C.** El nombre del Secretario de Administración e Innovación Gubernamental.
- 2. Dependencia.** El nombre del centro de trabajo (Dependencia o Entidad Pública).
- 3. Oficio.** La numeración otorgada por la Dependencia o Entidad Pública.
- 4. Fecha.** El día, mes y año en que fue llenado el formato.
- 5. Estructura Programática.** Se anotará la clave completa.
- 6. Número de Empleado.** El número de control único e interpersonal que corresponde al servidor público para efecto de nómina y de control de personal. El número que le corresponde al empleado según nómina.
- 7. Nombre.** El nombre (s), apellido paterno y apellido materno.
- 8. Firma del trabajador.** La firma del empleado de conformidad con los datos.
- 9. Nivel.** Deberá anotar el nivel de puesto según el Catálogo de Puestos del Poder Ejecutivo.
- 10. Datos a Modificar.** Especificar el dato a modificar:
  - Nombre, Apellido, Fecha de ingresos, Etc.
- 11. Incorrecto.** El dato incorrecto a modificar.
- 12. Correcto.** El dato correcto.
- 13. Firmas.** La firma de las autoridades superiores que autorizan, incluyendo al Titular de la Dependencia.

**Formato DAP-17**  
**Solicitud de Expedición de Constancias**

Anexo 45

|                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                           |                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|                                   | <p><b>GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE</b><br/>SECRETARIA DE ADMINISTRACION E INNOVACION GUBERNAMENTAL<br/>SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACION<br/>DIRECCION DE ADMINISTRACION DE PERSONAL</p> |  |
| <p>Formato DAP-17</p>                                                                                              |                                                                                                                                                                                           |                                                                                     |
| <p><b>SOLICITUD DE EXPEDICION DE CONSTANCIAS</b></p>                                                               |                                                                                                                                                                                           |                                                                                     |
| <p>San Francisco de Campeche, Camp., a _____ de _____ de _____.</p>                                                |                                                                                                                                                                                           |                                                                                     |
| <p>C.P. Mildret Guadalupe Suárez Burgos.<br/>Directora de Administración de Personal.</p>                          |                                                                                                                                                                                           |                                                                                     |
| <p>Presente</p>                                                                                                    |                                                                                                                                                                                           |                                                                                     |
| <p>Por este medio solicito a usted me sea expedida constancia laboral para realizar los<br/>trámites de _____.</p> |                                                                                                                                                                                           |                                                                                     |
| <p>Sin otro particular, le agradezco su atención al presente.</p>                                                  |                                                                                                                                                                                           |                                                                                     |
| <p>ATENTAMENTE</p>                                                                                                 |                                                                                                                                                                                           |                                                                                     |
| <p>_____</p>                                                                                                       |                                                                                                                                                                                           |                                                                                     |
| <p>NOMBRE, FIRMA Y DEPENDENCIA</p>                                                                                 |                                                                                                                                                                                           |                                                                                     |

**Formato DAP-18**

**Pase de Salida**

Anexo 46

|                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                           | <p>GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE<br/>Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental<br/>Subsecretaría de Administración<br/>Dirección de Administración de Personal</p> |  <p>EN CAMPECHE<br/>VAMOS POR NUESTRO<br/>PROGRESO</p> <p><b>SAIG</b><br/>Formato DAP-18</p> |
| <p>PASE DE: SALIDA <input checked="" type="checkbox"/> ENTRADA <input type="checkbox"/> No. _____</p>                                                                      |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                 |
| <p>San Francisco de Campeche, Camp., de de</p>                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                    | <p>ANOTAR<br/>LA HORA</p>                                                                                                                                                       |
| <p>Se hace constar que el C. _____<br/>Permanecerá ausente de _____<br/>Tiempo aproximado _____ A partir de las _____<br/>Para ocurrir a _____<br/>Con objeto de _____</p> |                                                                                                                                                                                    | <p>SALIDA</p>                                                                                                                                                                   |
| <p>Categoría _____ No. de Empleado _____<br/>No. de Tarjeta _____ Horario _____<br/>Salió <u>11:00</u> Hrs. Regresó _____ Hrs. Tiempo _____</p>                            |                                                                                                                                                                                    | <p>ENTRADA</p>                                                                                                                                                                  |
| <p>_____<br/>Firma del Interesado</p>                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                    | <p>_____<br/>Nombre y Firma del Jefe Inmediato</p>                                                                                                                              |
| <p>C. c. p.- Coordinador Administrativo</p>                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                 |

## Formato DAP-18

### Pase de Salida

#### Instructivo

**Nombre de la Forma.** Pase de salida.

**Objeto de la Forma.** Sustentar la ausencia del servidor público en horas laborales de su área de trabajo, con objeto de realizar actividades oficiales o índole personal.

**Instrucciones Generales.** Este formato será llenado a mano con letra molde o máquina y los datos no deberán invadir los límites de los espacios; y deberá de ser firmado por el jefe inmediato y el interesado. Asimismo deberán ser remitidos quincenalmente al área de personal de su centro de trabajo.

**Elabora.** Los servidores públicos.

**Destino.** Las áreas administrativas de las Dependencias y Entidades Públicas.

**Número de Copias.** Dos copias.

Original: Área administrativa del centro de trabajo.

1a. copia: Expediente del área de trabajo. 2a. copia: Servidor público.

#### Instrucciones de Llenado

1. **Recuadros.** Marcar con una "X" el tipo de pase.
  - Entrada
  - Salida
2. **No.** El No. de folio.
3. **Fecha.** El día, mes y año de su llenado.
4. **Se hace constar que el C.** El nombre, apellido paterno, apellido materno del empleado.
5. **Permanecerá Ausente de.** El nombre del área de trabajo.
6. **Tiempo Aproximado.** El número de horas que dispondrá.
7. **A partir de las.** La hora de la salida o entrada.
8. **Para ocurrir a.** El nombre del lugar que acudirá.
9. **Con objeto de.** La diligencia a realizar.
10. **Categoría.** El nombre del puesto.
11. **No. de Empleado.** El número que le corresponde al empleado según nómina.
12. **No. de Tarjeta.** El número que le corresponde al empleado.
13. **Horario.** El periodo de horario de trabajo.
14. **Salió.** La hora de salida.
15. **Regresó.** La hora de regreso.
16. **Tiempo.** Tiempo computado.
17. **Reloj Checador.** Checar el pase según justificación:
  - Salida      Entrada. Estos datos serán llenados a mano con letra molde, en el caso de checar en el sistema de entradas y salidas de huella digital.
16. **Firma.** Del interesado y nombre y firma del jefe inmediato.

**Formato**

**Forma de Alta (ISSSTECAM)**

Anexo 47



**Departamento de Afiliación y Vigencia de Derechos**  
Forma de Alta

1. Afiliación del trabajador:

2. Datos Personales:

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Apellido Paterno      Apellido Materno      Nombre(s)

Lugar y Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

3. Domicilio y Teléfono:

Calle y Número: \_\_\_\_\_ Colonia: \_\_\_\_\_

Municipio y Entidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

4. Adscripción: \_\_\_\_\_ 5. No. de Empleado: \_\_\_\_\_ 6. Ocupación: \_\_\_\_\_

7. Número de Afiliación al IMSS o ISSSTE: \_\_\_\_\_

8. Sueldo Base Mensual: \_\_\_\_\_ 9. Fecha de Ingreso al Trabajo: \_\_\_\_\_

10. Fecha y Hora de Recepción de este Aviso en el Instituto: \_\_\_\_\_

.....

11. Firma del Representante  
de la Entidad Pública

.....

12. Firma del Trabajador

ISSSTECAM

Acudir a las Oficinas del ISSSTECAM para el llenado de los siguientes datos :

13. Dependientes Económicos

Esposa o Concubina e hijos menores de 18 años

| Apellidos Paterno Materno y Nombre | Sexo | Parentesco | Año | Mes |
|------------------------------------|------|------------|-----|-----|
|                                    |      |            |     |     |
|                                    |      |            |     |     |
|                                    |      |            |     |     |
|                                    |      |            |     |     |
|                                    |      |            |     |     |
|                                    |      |            |     |     |
|                                    |      |            |     |     |
|                                    |      |            |     |     |
|                                    |      |            |     |     |
|                                    |      |            |     |     |

Nota : Para recibir las prestaciones que otorga la Ley, deberán acreditar su relación de parentesco con el Trabajador.

**Formato DAP-19**  
**Reporte de Personal con Derecho a Estímulo por**  
**Puntualidad y Asistencia**

Anexo 48

| NO. DE EMPLEADO | NOMBRE | UNIDAD PRESUPUESTAL | NO. DE QNAS. A PAGAR |
|-----------------|--------|---------------------|----------------------|
|                 |        |                     |                      |

GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE  
Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental  
Subsecretaría de Administración  
Dirección de Administración de Personal

EN CAMPECHE  
VAMOS POR NUESTRO  
PROGRESO  
SAIG

REPORTE DE PERSONAL CON DERECHO A ESTIMULO POR PUNTUALIDAD Y ASISTENCIA      Formato DAP-19

DEPENDENCIA: \_\_\_\_\_ MES: \_\_\_\_\_

ELABORO: \_\_\_\_\_ Vo. Bo. \_\_\_\_\_ AUTORIZO: \_\_\_\_\_  
COORDINADOR ADMINISTRATIVO      TITULAR DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD      DIRECTOR DE ADMINISTRACION DE PERSONAL

Original: EXPEDIENTE PERSONAL  
C.c.p. MINUTARIO  
C.c.p. DEPENDENCIA

**Formato DAP-19**  
**Reporte de Personal con Derecho a Estímulo por**  
**Puntualidad y Asistencia**

**Instructivo**

**Nombre de la Forma.** Reporte de personal con derecho a estímulo por puntualidad y asistencia.

**Objeto de la Forma.** Gestionar el pago de estímulos económicos por concepto de puntualidad y asistencia, con el objetivo de estimular a los empleados públicos quienes se han hecho acreedores de acuerdo al artículo 41 del reglamento de asistencia, puntualidad y permanencia en el trabajo de los trabajadores de base al servicio del Gobierno del Estado de Campeche.

**Instrucciones Generales.** Este formato será llenado a máquina y los datos no deberán invadir los límites de los recuadros, y deberá de ser firmado por el titular del área administrativa de la Dependencia o Entidad Pública y el Director de Administración de Personal.

**Elabora.** Las Dependencias y Entidades Públicas (área administrativa).

**Destino.** La Dirección de Administración de Personal.

**Número de Copias.** Dos copias.

Original: Expediente del servidor público.

1a. copia: Minutario del Departamento de Incidencias y Prestaciones.

2a. copia: Área administrativa de la Dependencia o Entidad Pública.

**Instrucciones de Llenado**

- 1. Dependencia.** El nombre del centro de trabajo (Dependencia o Entidad Pública).
- 2. Mes.** El mes al cual corresponde la quincena en que se pagará el estímulo.
- 3. Número de Empleado.** El número de control único e interpersonal que corresponde al servidor público para efecto de nómina y de control de personal. El número que le corresponde al empleado según nómina.
- 4. Nombre.** El nombre (s), apellido paterno y apellido materno del empleado.
- 5. Unidad Presupuestal.** Identifica al área administrativa de la Dependencia o entidad que es responsable de la ejecución presupuestaria.
- 6. No. de Qnas. a Pagar.** El número de quincena a pagar al mes.
- 7. Firmas.** La firma de las autoridades superiores que autorizan, incluyendo el Titular de la Dependencia.

Formato DAP-20

Solicitud de Estímulo por Superación Académica

Anexo 49

|                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                          | <b>GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE</b><br>Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental<br>Subsecretaría de Administración<br>Dirección de Administración de Personal | <br>EN CAMPECHE<br>VAMOS POR NUESTRO<br>PROGRESO<br><b>SAIG</b> |
|                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                 | Formato DAP-20                                                                                                                                     |
| <b>SOLICITUD DE ESTIMULO POR SUPERACION ACADEMICA</b>                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                 | No. de Oficio: <input type="text"/>                                                                                                                |
| C.<br>SECRETARIA DE ADMON. E INNOV. GUB.<br>P R E S E N T E :                                                                                                                                             | Fecha: <input type="text"/>                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                    |
| Por este conducto solicito a Usted a bien gestionar ante quien corresponda la autorización para efectuar el pago de Estímulo por Superación Académica a favor del personal que a continuación se detalla: |                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                    |
| Dependencia o Entidad:                                                                                                                                                                                    | <input type="text"/>                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                    |
| Area de Trabajo:                                                                                                                                                                                          | <input type="text"/>                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                    |
| Nombre del Empleado:                                                                                                                                                                                      | <input type="text"/>                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                    |
| Puesto que Ocupa:                                                                                                                                                                                         | <input type="text"/>                                                                                                                                                            | Nivel de Puesto: <input type="text"/>                                                                                                              |
| Número de Empleado:                                                                                                                                                                                       | <input type="text"/>                                                                                                                                                            | C.U.R.P. <input type="text"/>                                                                                                                      |
| Señale el Nivel de Estudios Terminado:                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                    |
| EDUCACION BASICA:                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                    |
| Primaria y Secundaria                                                                                                                                                                                     | \$1,200.00 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                             | Licenciatura Titulado \$1,900.00 <input type="checkbox"/>                                                                                          |
| Preparatoria                                                                                                                                                                                              | \$1,300.00 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                             | Titulación a través de Maestría \$2,500.00 <input type="checkbox"/>                                                                                |
| Documentos oficiales que acreditan los estudios cursados:                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                    |
| <hr/> <hr/> <hr/>                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                    |
| Elaboró                                                                                                                                                                                                   | Vo. Bo.                                                                                                                                                                         | Autorizó                                                                                                                                           |
| AREA ADMINISTRATIVA                                                                                                                                                                                       | TITULAR DE LA SECRETARIA                                                                                                                                                        | DIRECCION DE ADMINISTRACION DE PERSONAL<br>DE LA SRIA. DE ADMINISTRACION E INNOVACION<br>GUBERNAMENTAL                                             |
| C.c.p.- Expediente                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                    |
| C.c.p.- Interesado                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                    |

## Formato DAP-20

### Solicitud de Estímulo por Superación Académica

#### Instructivo

**Nombre de la Forma.** Solicitud de Estímulo por Superación Académica.

**Objeto de la Forma.** Gestionar la autorización para efectuar el pago de estímulo económico a los servidores públicos que han concluido con estudios medios superiores o superiores.

**Instrucciones Generales.** Este formato será llenado en letra molde, a máquina o procesado en equipo de cómputo y los datos no deberán invadir los límites de los cuadros, asimismo deberá de ser firmado por el titular del área administrativa de la dependencia o entidad pública, el titular de la dependencia o entidad pública y el director de administración de personal.

**Elabora.** El servidor público

**Destino.** La Dirección de Administración de Personal.

**Número de copias:** una copia.

Original: Expediente.

1a. copia: Interesado.

#### Instrucciones de Llenado

- 1. C.** El nombre del Secretario de Administración e Innovación Gubernamental.
- 2. Oficio.** La numeración otorgada por la dependencia o entidad pública.
- 3. Fecha.** El día, mes y año en que fue llenado el formato
- 4. Dependencia.** El nombre del centro de trabajo (dependencia o entidad pública).
- 5. Área de Trabajo.** El nombre del área administrativa en que el servidor público labora.
- 6. Nombre del Empleado.** El(os) nombre(s), apellido paterno, apellido materno.
- 7. Puesto que Ocupa.** El puesto según denominación del catálogo de puesto.
- 8. Nivel de Puesto.** El nivel según denominación del catálogo de puesto.
- 9. Número de Empleado.** El número de control único e interpersonal que corresponde al servidor público para efecto de nómina y de control de personal. El número que le corresponde al empleado según nómina.
- 10. C.U.R.P.** La clave del registro federal de contribuyente a 12 ó 13 posiciones.
- 11.** Señale con una "X" el nivel de estudios terminados.

- 12.** Especificar el tipo de documento que acredita los estudios cursados, del cual deberá anexar copia fotostática legible. En caso de Licenciatura Titulado deberá anexar copia del Acta de Examen Profesional o copia del Título.
- 13. Firmas.** La firma de las autoridades superiores que autorizan el pago correspondiente.

Formato DAP-21

Actualización de Cédula de Datos

Anexo 50



GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE  
SECRETARÍA DE ADMINISTRACION E INNOVACION GUBERNAMENTAL  
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACION  
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL



ACTUALIZACIÓN DE CÉDULA DE DATOS

Formato DAP- 21

|                                                                                                                                    |  |                                 |  |                                                        |  |                                                        |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------|--|--------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------|--|
| RESUMEN EXPEDIENTE DE PERSONAL                                                                                                     |  | NUMERO                          |  | ULTIMA ACTUALIZACIÓN                                   |  |                                                        |  |
|                                                                                                                                    |  |                                 |  | NUMERO DE CONSTANCIA                                   |  |                                                        |  |
| 1.0 DATOS LABORALES                                                                                                                |  |                                 |  | 1.0 NOMBRE DEL EMPLEADO                                |  |                                                        |  |
| APELLIDO PATERNO                                                                                                                   |  | APELLIDO MATERNO                |  | NOMBRE (S)                                             |  |                                                        |  |
| 2.0 PUESTO/CARGO DE:                                                                                                               |  |                                 |  | 2.1 NIVEL                                              |  | 2.2 CLAVE                                              |  |
| 3.0 ADSCRITO                                                                                                                       |  | 3.1 RAMO                        |  | 3.2 DIRECCION                                          |  | 3.3 SUBDIRECCION DE:                                   |  |
|                                                                                                                                    |  |                                 |  | UNIDAD                                                 |  | 3.4 JEFATURA DE:                                       |  |
| 3.5 FECHA DE ALTA IMSS                                                                                                             |  | 3.6 FECHA DE ALTA ISSSTECAM     |  | 3.7 CURP                                               |  | 3.8 RFC                                                |  |
| 5.0 LICENCIAS                                                                                                                      |  | 5.1 SUSPENSIONES                |  | 5.2 AMONESTACIONES                                     |  |                                                        |  |
|                                                                                                                                    |  | PERSEVERANCIA Y LEALTAD         |  | 10 AÑOS                                                |  | 15 AÑOS                                                |  |
|                                                                                                                                    |  |                                 |  | 20 AÑOS                                                |  | 25 AÑOS                                                |  |
|                                                                                                                                    |  |                                 |  | 30 AÑOS                                                |  | 35 AÑOS                                                |  |
|                                                                                                                                    |  | 5.4 LICENCIA SIN GOCE DE SUELDO |  |                                                        |  |                                                        |  |
| 5.5 FORMA DE PAGO                                                                                                                  |  | BANCO                           |  | CH                                                     |  | CUENTA DE CHEQUES                                      |  |
|                                                                                                                                    |  |                                 |  |                                                        |  | DESCUENTO INFONAVIT (NUMERO DE CREDITO)                |  |
| 6.0 PERSONAL A SU CARGO:                                                                                                           |  | 6.1 SINDICALIZADO               |  | 6.2 DE CONFIANZA                                       |  | 6.3 POR CONTRATO                                       |  |
|                                                                                                                                    |  |                                 |  |                                                        |  | 6.4 TOTAL                                              |  |
| 7.0 DATOS PERSONALES                                                                                                               |  |                                 |  |                                                        |  |                                                        |  |
| 7.1 GENERO                                                                                                                         |  | 7.1.1 MASCULINO                 |  | 7.1.2 FEMENINO                                         |  | 7.2 FECHA DE NACIMIENTO                                |  |
|                                                                                                                                    |  |                                 |  |                                                        |  | AÑO                                                    |  |
|                                                                                                                                    |  |                                 |  |                                                        |  | MES                                                    |  |
|                                                                                                                                    |  |                                 |  |                                                        |  | DIA                                                    |  |
| 7.3 ESTADO CIVIL ACTUAL                                                                                                            |  |                                 |  | 7.4 ESTRUCTURA FAMILIAR                                |  |                                                        |  |
| 7.3.1 CASADO                                                                                                                       |  | 7.3.2 SOLTERO                   |  | 7.4.1 N° DE HIJOS                                      |  | 7.4.2 MENORES DE 18 AÑOS                               |  |
|                                                                                                                                    |  |                                 |  |                                                        |  | 7.4.3 MAYORES DE 18 AÑOS                               |  |
| 7.3.3 UNIÓN LIBRE                                                                                                                  |  | 7.3.4 VIUDO                     |  | 7.4.4 NÚMERO DE FAMILIARES DEPENDIENTES ECONÓMICAMENTE |  | 7.4.5 NÚMERO DE PERSONAS QUE HABITAN LA MISMA VIVIENDA |  |
| 7.3.5 DIVORCIADO                                                                                                                   |  | 7.3.6 SEPARADO                  |  |                                                        |  |                                                        |  |
| 7.5 ORIGINARIO DE:                                                                                                                 |  | POBLACIÓN                       |  | ESTADO                                                 |  | MÉXICO / OTRO PAIS                                     |  |
|                                                                                                                                    |  |                                 |  |                                                        |  | * RESIDENTE EN EL ESTADO DESDE                         |  |
| 7.6 DOMICILIO ACTUAL                                                                                                               |  | DIRECCIÓN                       |  | COLONIA                                                |  | MUNICIPIO                                              |  |
|                                                                                                                                    |  |                                 |  |                                                        |  | ESTADO                                                 |  |
|                                                                                                                                    |  |                                 |  |                                                        |  | CODIGO POSTAL                                          |  |
| TEL PARTICULAR:                                                                                                                    |  | CELULAR:                        |  | E-MAIL:                                                |  |                                                        |  |
| 8.0 ESCOLARIDAD (INCLUYENDO ESTUDIOS TRUNCOS) ESPECIFIQUE SEGÚN EL CASO                                                            |  | 8.1 PRIMARIA                    |  | 8.2 SECUNDARIA                                         |  | 8.3 PREPARATORIA / EQUIVALENTE                         |  |
| 8.4 TÉCNICOS / MEDIOS SUPERIORES                                                                                                   |  |                                 |  | 8.5 SUPERIORES                                         |  |                                                        |  |
| 8.6 POST GRADOS / ESPECIALIZACIONES                                                                                                |  |                                 |  | 8.7 IDIOMAS                                            |  |                                                        |  |
| 9.0 PUESTOS DESEMPEÑADOS EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA (EN ORDEN DESCENDENTE) (1)                                                   |  |                                 |  | DEPENDENCIA / ORGANISMOS                               |  | PODER DEL ESTADO*                                      |  |
|                                                                                                                                    |  |                                 |  |                                                        |  | < << >> >                                              |  |
| 9.1                                                                                                                                |  |                                 |  |                                                        |  | DE: A:                                                 |  |
| 9.2                                                                                                                                |  |                                 |  |                                                        |  | DE: A:                                                 |  |
| 9.3                                                                                                                                |  |                                 |  |                                                        |  | DE: A:                                                 |  |
| 9.4                                                                                                                                |  |                                 |  |                                                        |  | DE: A:                                                 |  |
| 9.5                                                                                                                                |  |                                 |  |                                                        |  | DE: A:                                                 |  |
| 9.6                                                                                                                                |  |                                 |  |                                                        |  | DE: A:                                                 |  |
| 9.7                                                                                                                                |  |                                 |  |                                                        |  | DE: A:                                                 |  |
| 9.8                                                                                                                                |  |                                 |  |                                                        |  | DE: A:                                                 |  |
| 9.9 TRABAJA ACTUALMENTE EL (LA) CONYUGE, PAREJA, HIJO (S) O ALGÚN OTRO FAMILIAR EN ALGUNA DEPENDENCIA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA |  |                                 |  | SI                                                     |  | NO                                                     |  |
| ESPECIFIQUE PARENTESCO:                                                                                                            |  |                                 |  |                                                        |  | 9.10 ANTIGÜEDAD EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA           |  |
|                                                                                                                                    |  |                                 |  |                                                        |  | AÑOS                                                   |  |

\*PODER DEL ESTADO: L: PODER LEGISLATIVO, E: PODER EJECUTIVO Y J: PODER JUDICIAL

(Hoja 1)

**Formato DAP-21**  
**Actualización de Cédula de Datos**

| 11.0 CAPACITACIÓN / ACTUALIZACIÓN RECIBIDA EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS (3) |      |                |       |       |                    |
|-------------------------------------------------------------------------|------|----------------|-------|-------|--------------------|
|                                                                         | TEMA | IMPARTIDO POR: | FECHA | HORAS | CURSADO EN (LUGAR) |
| 11.1                                                                    |      |                |       |       |                    |
| 11.2                                                                    |      |                |       |       |                    |
| 11.3                                                                    |      |                |       |       |                    |
| 11.4                                                                    |      |                |       |       |                    |
| 11.5                                                                    |      |                |       |       |                    |
| 11.6                                                                    |      |                |       |       |                    |
| 11.7                                                                    |      |                |       |       |                    |
| 11.8                                                                    |      |                |       |       |                    |
| 11.9                                                                    |      |                |       |       |                    |
| (3) DATOS ADICIONALES                                                   |      |                |       |       |                    |
| CAPACITACIÓN IMPARTIDA                                                  |      |                |       |       |                    |

| REFERENCIA | DATOS ADICIONALES DE (1), (2) Y (3). OBSERVACIONES. |
|------------|-----------------------------------------------------|
|            |                                                     |
|            |                                                     |
|            |                                                     |
|            |                                                     |
|            |                                                     |
|            |                                                     |
|            |                                                     |
|            |                                                     |
|            |                                                     |
|            |                                                     |

| RESPONSABLE DE LA ACTUALIZACIÓN | PUESTO |
|---------------------------------|--------|
|                                 |        |

(Hoja 2)

Formato DAP-22

Solicitud de Verificación de Antigüedad en el Servicio Público

Anexo 51

|                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                              |  |
| <p>Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental<br/>Dirección de Administración de Personal<br/>Calle 8 Núm. 205 entre 82 y 83, Col. Centro C.P. 24000<br/>San Francisco de Campeche, Campeche, Tel. (981) 281 02 00 Ext. 2760</p> |                                                                                     |
| <p>FORMATO DAP-22</p>                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                     |
| <p>ASUNTO: Se solicita verificar Antigüedad Laboral para premiación de Perseverancia y Lealtad.<br/>San Francisco de Campeche, Cam. a ___ de _____ de _____.</p>                                                                              |                                                                                     |
| <p><b>C.P. MILDRET GPE SUAREZ BURGOS</b><br/><b>DIRECTORA DE ADMINISTRACION DE PERSONAL</b><br/><b>PRESENTE.</b></p>                                                                                                                          |                                                                                     |
| <p><b>ATN: LIC. GLORIA PALACIOS CASTRO</b><br/><b>JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ARCHIVO</b></p>                                                                                                                                                    |                                                                                     |
| <p>Por este medio, le solicito la verificación de mis años de servicios en el Gobierno del Estado.</p>                                                                                                                                        |                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> 10 Años                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 25 Años                                                    |
| <input type="checkbox"/> 15 Años                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 20 Años                                                    |
| <input type="checkbox"/> 20 Años                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 25 Años                                                    |
| <p>Adjunto copia de los siguientes documentos:</p>                                                                                                                                                                                            |                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> Nombres                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Alta IMSS                                                  |
| <input type="checkbox"/> Copia del Reconocimiento                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Credenciales                                               |
| <input type="checkbox"/> Otros especificar                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Constancias                                                |
| <p>Área de adscripción: _____<br/>Dependencia/Entidad</p>                                                                                                                                                                                     |                                                                                     |
| <p>Nombre: _____</p>                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                     |
| <p>Número de Empleado: _____ Teléfono Oficial: _____</p>                                                                                                                                                                                      |                                                                                     |
| <p>_____<br/>Firma del trabajador</p>                                                                                                                                                                                                         |                                                                                     |
| <p>C.c.p.- Titular del Área Administrativa de Adscripción del Trabajador.<br/>C.c.p.- Interesado.</p>                                                                                                                                         |                                                                                     |

**Formato DRMyCP-01**  
**Trámite de Solicitud del Registro al Padrón de Proveedores de la Administración Pública Estatal**

Anexo 52

**Formato DRMyCP-01**  
**Trámite de Solicitud del Registro al Padrón de Proveedores**



**GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE**  
 SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL  
 SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN  
 DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y CONTROL PATRIMONIAL  
 TRÁMITE DE SOLICITUD DEL REGISTRO AL PADRÓN DE  
 PROVEEDORES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA ESTATAL



EN CAMPECHE  
 VAMOS POR NUESTRO  
 PROGRESO

SAIG

DRMyCP-01

Hoja 1/1

FOLIO No. 1

SOLICITANTE 2

**3 CARACTERÍSTICAS DE LA SOLICITUD**

INSCRIPCIÓN     REFRENDO

PERSONA FÍSICA     PERSONA MORAL

**4 ANEXOS**

COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR     COPIA DE PODER NOTARIAL (EN SU CASO)

COPIA DE R.F.C.     COPIA DE CRED. DE ELECT. (REPRESENTANTE LEGAL)

COPIA DE ACTA DE NACIMIENTO     COPIA DE REG. I.M.S.S. (OPCIONAL)

COPIA DE ÚLTIMA DECLARACIÓN S.H.C.P. (ANUAL)     COPIA DE REG. CÁMARA A LA CUAL PERTENECE (OPCIONAL)

COPIA DE LA ÚLTIMA DECLARACIÓN S.H.C.P. (PARCIAL)     COPIA PAGO 2% NÓMINA

COPIA DE ESCRITURA CONSTITUTIVA

ESTA USTED REGISTRADO PARA EL PAGO DE IMPUESTO ESTATAL: 5

IMPUESTO SOBRE NÓMINA ( )    IMPUESTO AL COMERCIO DE LIBROS, PERIÓDICOS Y REVISTA ( )    IMPUESTO SOBRE ESPECTÁCULOS PÚBLICOS ( )

ANÁLISIS DE LA SOLICITUD DE REGISTRO

6

NOMBRE Y FIRMA DEL ANALISTA

INICIALES Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE RECIBE

7

FECHA DE RECEPCION DE DOCUMENTOS

RESULTADO DEL ANÁLISIS DE LA SOLICITUD

NO CUENTA CON:     LIQUIDEZ Y SOLVENCIA    8     CAPITAL DE TRABAJO

HAY ERRORES EN     VENTAS     BALANCE

LA EMPRESA HA PERDIDO MAS DE 2/3 PARTES DE SU CAPITAL AL \_\_\_\_\_

EN BALANCE     EN DECLARACIÓN

---

FECHAS DE: 9

|               | 1a. VEZ | 2a. VEZ | 3a. VEZ |
|---------------|---------|---------|---------|
| A) RECEPCIÓN  | _____   | _____   | _____   |
| B) ANÁLISIS   | _____   | _____   | _____   |
| C) DEVOLUCIÓN | _____   | _____   | _____   |
| D) APROBACIÓN | _____   | _____   | _____   |

RECIBIDO POR

10

**Formato DRMyCP-01**  
**Trámite de Solicitud del Registro al Padrón de Proveedores de la**  
**Administración Pública Estatal**

**Instructivo de Llenado**

- 1. Folio.** El número consecutivo de proveedor que se le asigne.
- 2. Solicitante.** El nombre de la persona (Física o Moral) que solicita la Inscripción al Padrón.
- 3. Características de la Solicitud.** Deben de marcar dos de las opciones de ese recuadro de acuerdo al tipo de inscripción.
- 4. Anexos.** Deben de marcar el tipo de Documentación que se solicita.
- 5. Esta Registrado para el Pago de Impuestos Estatales.** Debe marcar uno de ellos o dos según sea el caso.
- 6. Análisis de la Solicitud de Registro.** El nombre y firma del analista.
- 7. Iniciales y Firma del empleado que Recibe, Fecha de Recepción de Documentos.** Las iniciales y la firma del empleado que recibe la solicitud y la fecha en que recibe el documento.
- 8. Resultado del Análisis de la Solicitud.** Resumen de la persona que hizo el análisis.  
Si no cuenta con liquidez y solvencia o con capital del trabajo.  
Si hay errores en sus ventas y en sus balances.  
La empresa ha perdido más de las 2/3 partes de su capital en la fecha que se investiga.  
Si existe error en su balance o en su declaración o en ambas.
- 9. Fechas de.** El día, mes y año en que se realice el acto.  
A: Recepción. Si es 1ra, 2da ó 3ra vez la recepción de sus documentos  
B: Análisis. Si es 1er, 2da, o 3er análisis que se le realiza.  
C: Devolución. Si es 1ra, 2da, o 3ra vez que se le devuelve sus documentos.  
D: Aprobación. Si es 1ra, 2da, o 3ra vez que se le aprueba en caso de ser para aprobación.
- 10. Recibido por.** El nombre del Servidor Público que recibe la información.

**Formato DRMyCP-02**  
**Padrón de Proveedores de la Administración Pública Estatal**  
**Datos Generales**

Anexo 53

| Formato DRMyCP-02                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                              |                                                                                     |                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Padrón de Proveedores de la Administración Pública Estatal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                              |                                                                                     |                                             |
| Datos Generales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                              |                                                                                     |                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                               | <b>GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE</b><br>SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL<br>SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN<br>DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y CONTROL PATRIMONIAL<br>PADRÓN DE PROVEEDORES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA ESTATAL |                                                                                                                                                                              |  |                                             |
| VIGENCIA A PARTIR DEL _____ DE _____ <span style="float: right;">A</span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                               | No. DE REGISTRO EN EL P.P.A.P.E. <span style="float: right;">B</span>                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                              | DRMyCP-02                                                                           |                                             |
| HOJA 1/1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                              |                                                                                     |                                             |
| DATOS GENERALES <span style="float: right;">C</span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                              |                                                                                     |                                             |
| RAZÓN SOCIAL O NOMBRE:<br><small>APELLIDO PATERNO, MATERNO, NOMBRE(S)</small> <span style="float: right;">1</span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                              |                                                                                     |                                             |
| DOMICILIO SOCIAL DE LAS OFICINAS: <span style="float: right;">2</span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                              |                                                                                     |                                             |
| COLONIA: <span style="float: right;">3</span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | CÓDIGO POSTAL<br><small>4</small>                                                                                             | LADA / TELÉFONO: <span style="float: right;">5</span>                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                              |                                                                                     |                                             |
| MUNICIPIO: <span style="float: right;">6</span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | CLAVE USO S.A.I.G.<br><small>7</small>                                                                                        | ENTIDAD FEDERATIVA <span style="float: right;">8</span>                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                              |                                                                                     |                                             |
| DOMICILIO DE LA FABRICA: <span style="float: right;">9</span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                              |                                                                                     |                                             |
| COLONIA: <span style="float: right;">10</span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                              |                                                                                     |                                             |
| MUNICIPIO: <span style="float: right;">11</span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                              | ENTIDAD FEDERATIVA <span style="float: right;">12</span>                                                                                                                     |                                                                                     |                                             |
| DOMICILIO DEL ALMACEN O TALLER: <span style="float: right;">13</span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                              |                                                                                     |                                             |
| COLONIA: <span style="float: right;">14</span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                              | CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                          |                                                                                     |                                             |
| MUNICIPIO <span style="float: right;">15</span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                              | ENTIDAD FEDERATIVA                                                                                                                                                           |                                                                                     |                                             |
| NOMBRE DE LA CÁMARA A QUE PERTENECE: <span style="float: right;">16</span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                               | No. DE REG. EN LA CÁMARA A QUE ESTÁ INSCRITO: <span style="float: right;">17</span>                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                              | CLAVE: <span style="float: right;">18</span>                                        |                                             |
| No. DEL REG. FEDERAL DE CONTRIBUYENTES <span style="float: right;">19</span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                              | No. DE REG. EN EL I.M.S.S. <span style="float: right;">20</span>                                                                                                             |                                                                                     |                                             |
| No. DE PERSONAL OCUPADO <span style="float: right;">21</span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | OBREROS <span style="float: right;">22</span>                                                                                 | EMPLEADOS <span style="float: right;">23</span>                                                                                                                                                                                                              | EVENTUALES <span style="float: right;">24</span>                                                                                                                             | FAMILIARES <span style="float: right;">25</span>                                    | TOTAL <span style="float: right;">26</span> |
| <p>LA SECRETARIA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL EN EL EJERCICIO DE SUS FUNCIONES Y DE ACUERDO A LAS DISPOSICIONES LEGALES VIGENTES, PREVIA REVISIÓN Y APROBACIÓN DE LOS DATOS CONSIGNADOS EN ESTA SOLICITUD, LO REGISTRA EN EL PADRÓN DE PROVEEDORES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA ESTATAL A PARTIR DE LA FECHA DE VIGENCIA.</p> <p>LA SECRETARIA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL ESTÁ FACULTADA PARA VERIFICAR LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA. (ART.12 FRACC. V DE LA LEY DE ADQUISICIONES Y ARRENDAMIENTOS Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS RELACIONADOS CON BIENES MUEBLES DEL ESTADO DE CAMPECHE).</p> |                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                              |                                                                                     |                                             |
| FECHA DE SOLICITUD:<br>_____<br><span style="float: right;">D</span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | PRINCIPAL GIRO EN QUE OPERA<br>USO S.A.I.G.<br>_____<br><span style="float: right;">E</span><br>ANALIZÓ<br>_____<br>SUPERVISÓ |                                                                                                                                                                                                                                                              | FECHA DE APROBACIÓN Y SELLO DEL<br>REGISTRO EN EL P.P.A.P.E.<br>_____<br><span style="float: right;">F</span><br>EL DIRECTOR DE RECURSOS MATERIALES Y<br>CONTROL PATRIMONIAL |                                                                                     |                                             |
| NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO<br>O REPRESENTANTE LEGAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                              |                                                                                     |                                             |

**Formato DRMyCP-02**  
**Padrón de Proveedores de la Administración Pública Estatal**  
**Datos Generales**

**Instructivo de Llenado**

- A. Vigencia a partir de.** El día, mes y año.
- B. No. de Registro en el P.P.A.P.E.** El número que se le asigne en el Padrón de Proveedores de la Administración Pública Estatal.
- C. Datos Generales.**
- 1. Razón Social o Nombre de la Empresa o Fábrica.** El apellido paterno, materno y nombre(s) completo de la persona física, o razón social de la persona moral completo.
  - 2. Domicilio Social de Empresa o Fábrica.** El lugar donde se encuentra ubicada la empresa.
  - 3. Colonia.** El nombre de la colonia en que se encuentra ubicada la empresa.
  - 4. Código Postal.** El número del Código postal que tenga asignado la colonia de su ubicación.
  - 5. Teléfono.** El número del teléfono de las oficinas de la empresa con su clave lada, si es que no se encuentra en el interior del Estado.
  - 6. Municipio.** El nombre del municipio en cuestión.
  - 7. Clave USO S.F.A.** La clave asignada por la S.A.I.G.
  - 8. Entidad Federativa.** El nombre de la entidad federativa.
  - 9. Domicilio de la Fábrica.** La dirección de la fábrica donde se elaboran los productos.
  - 10. Colonia.** El nombre donde se encuentra la fábrica.
  - 11. Municipio.** El nombre del municipio en cuestión.
  - 12. Entidad Federativa.** El nombre de la entidad federativa.
  - 13. Domicilio del Almacén o Taller.** La dirección del almacén o taller.
  - 14. Colonia.** El nombre de la colonia donde se encuentra la fábrica.
  - 15. Municipio.** El nombre del municipio en cuestión.
  - 16. Nombre de la Cámara a que Pertenece.** El nombre de la cámara a la que pertenece.

- 17. Número de Registro en la Cámara a que está Inscrito.** El número de registro asignado de la cámara a la que pertenece.
  - 18. Clave.** El número de la clave que tiene asignado.
  - 19. R.F.C.** La clave y homonimia completas.
  - 20. Número de Registro ante el IMSS.** El número de registro patronal que tenga ante el IMSS.
  - 21. Número del Personal Ocupado.** El número de las personas que se encuentran laborando.
  - 22. Obreros.** El número de los obreros que se encuentran laborando.
  - 23. Empleados.** El número de los empleados que se encuentran laborando.
  - 24. Eventuales.** El número de las personas que se encuentran laborando eventualmente.
  - 25. Familiares.** El número de las personas que se encuentren laborando que sean familiares de los dueños.
  - 26. Total.** El número total de las personas que se encuentren laborando.
- D. Nombre, Firma del Gerente o Propietario.** El nombre, firma del gerente o propietario.
- E. Principal Giro en que Opera USO S.A.I.G.** El registro del giro en el que opera el negocio.
- F. Fecha de Aprobación y Sello del Registro en el P.P.A.P.E.** La fecha en que se aprueba y el sello de la Dirección de Recursos Materiales y Control Patrimonial.

**Formato DRMyCP-03**  
**Padrón de Proveedores de la Administración Pública Estatal**  
**Proveedor Estatal**

Anexo 54

**Formato DRMyCP-03**  
**Padrón de Proveedores de la Administración Pública Estatal**  
**(Proveedor Estatal)**



**GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE**  
 SECRETARÍA DE FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN  
 SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL  
 DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y CONTROL PATRIMONIAL  
 PADRÓN DE PROVEEDORES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA ESTATAL  
 INFORMACIÓN LEGAL COMERCIAL Y FINANCIERA



EN CAMPECHE  
 VAMOS POR NUESTRO  
 PROGRESO  
**SAIG**

DRMyCP-03

HOJA 1/2

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE (A)

USO S.A.I.G.  
 No. DE REGISTRO EN EL P.P.A.P.E. (B)

| TIPOS DE GIROS EN QUE OPERA Y PORCENTAJES POR | (C) ACTIVIDAD | USO S.A.I.G. (D) |
|-----------------------------------------------|---------------|------------------|
| 100 PRODUCTOR DE: _____                       | %             |                  |
| 200 ARRENDADOR DE: _____                      | %             |                  |
| 220 PRESTADOR DE SERVICIOS DE: _____          | %             |                  |
| 300 COMERCIANTE:                              |               |                  |
| 310 DE PRODUCTOS NACIONALES: _____            | %             |                  |
| 320 DE PRODUCTOS EXTRANJEROS: _____           | %             |                  |
| 400 REPRESENTANTE:                            |               |                  |
| 410 DE PRODUCTOS NACIONALES: _____            | %             |                  |
| 420 DE PRODUCTOS EXTRANJEROS: _____           | %             |                  |
| TOTAL                                         | %             |                  |

RELACIÓN DE LOS PRINCIPALES PRODUCTOS Y SERVICIOS VENDIDOS (E)

LA INFORMACIÓN DE LA DECLARACIÓN DEL EJERCICIO INMEDIATO ANTERIOR, EN ORDEN DE IMPORTANCIA RESPECTO A SUS VENTAS TOTALES, (CIFRAS EN MILES DE

1  
 DEL | | | | | | | |

AL  
 | | | | | | | |

2  
 DIA MES AÑO

| DEPENDENCIA, ENTIDAD OTROS: (3) | PRODUCTOS Y SERVICIOS: (4) | VENTAS AL SECTOR | USO S.A.I.G. (7)  |
|---------------------------------|----------------------------|------------------|-------------------|
|                                 |                            | PRIVADO (5)      | PÚBLICO (6)       |
| 1                               |                            |                  |                   |
| 2                               |                            |                  |                   |
| 3                               |                            |                  |                   |
| 4                               |                            |                  |                   |
| (8) PRODUCTOS Y SERVICIOS       |                            |                  | TOTAL GENERAL<br> |

NOMBRE DEL GERENTE O PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL (F)

FIRMA (G)



**Formato DRMyCP-03**  
**Padrón de Proveedores de la Administración Pública Estatal**  
**Proveedor Estatal**

**Instructivo de Llenado**

- A. Razón social o nombre.** El apellido paterno, materno y nombre(s) completo de la persona física, o razón social de la persona moral completas.
- B. Uso S.A.I.G.** El número del registro en el P.P.A.P.E.
- C. Tipos de giros con que opera y porcentajes por actividad.** El tipo (s) de giro (s) en que opera la persona física o moral y el porcentaje en el que este dedicado. La suma total de los giros representado en porcentajes.
- D. Uso S.A.I.G.** El número de registro en el P.P.A.P.E.
- E. Relación de los principales productos y servicios vendidos.** La relación de los productos y servicios que se prestaron.
  - 1. El Día, Mes y Año.** Con números anotar el día, mes y año.
  - 2. Al Día, Mes y Año.** Con números anotar el día, mes y año de vigencia.
  - 3. Dependencia, Entidad u Otros.** Los nombre(s) de la(s) dependencia(s) a los que vendió sus productos y servicios y la cantidad vendida a ésta.
  - 4. Productos y Servicios.** El nombre del producto o servicio que se vendió o que se prestó y la cantidad en pesos.
  - 5. Ventas al Sector Privado.** Las ventas efectuadas al sector privado.
  - 6. Ventas al Sector Público.** El total de las ventas a este sector.
  - 7. Uso S.A.I.G.** El número de registro en el P.P.A.P.E.
  - 8. Total Ventas.** La suma total de las ventas.
- F. Nombre del Gerente ó Propietario.** El nombre(s) completo(s), apellido(s) del gerente o propietario.
- G. Firma.** La firma del Propietario o Gerente.
- H. Razón Social.** El apellido paterno, materno y nombre(s) completo de la persona física, o razón social de la persona moral completa.
- I. Uso S.A.I.G.** El número de registro en el P.P.A.P.E.
- J. Datos Actualizados de los Cinco Socios Mayoritarios.** Solo en caso de ser persona moral.

1. **R.F.C.** La clave y homonimia completas.
2. **Apellido Paterno, Materno y Nombre(s).** El apellido paterno, materno y nombre(s) completos.
3. **Número de Acciones.** El total de acciones que poseen.
4. **Importe.** El importe en miles de pesos de las acciones que poseen.
- K. Capital Suscrito por Otros Socios.** El capital social que posean otros socios en la empresa.
- L. Suma Capital Social Actual de la Sociedad.** La suma total del número de acciones y el importe total de ellas.
- M. Balance General Condensado.** Especificaciones de los activos de la empresa.
  1. **Año.** El año en que realizó el balance.
  2. **Activo Circulante.** Las cuentas de activo circulante.
    - 2.1. **Caja y Bancos.** La cantidad total en pesos de este activo.
    - 2.2. **Cuentas por Cobrar.** La cantidad total en pesos de este activo.
    - 2.3. **Inventarios.** La cantidad total en pesos de este activo.
    - 2.4. **Suma Activo Circulante.** La cantidad total del resultado de la suma de los activos expresado en pesos.
- 3. Activo Fijo**
  - 3.1. **Maquinaria y Equipo.** La cantidad total de este activo fijo.
  - 3.2. **Depreciación Acumulada.** La cantidad total del resultado de la suma de los activos expresado en pesos.
  - 3.3. **Muebles y Enseres.** La cantidad total de este activo fijo.
  - 3.4. **Depreciación Acumulada.** La cantidad total del resultado de la suma de los activos expresado en pesos.
  - 3.5. **Inmuebles.** La cantidad total de este activo fijo.
  - 3.6. **Reserva Acumulada.** La cantidad total resultado de la suma reserva acumulada.
  - 3.7. **Suma Activo Fijo.** La cantidad total resultado de la suma reserva acumulada.
- 4. Otros Activos.** La cantidad total de la suma de otros activos con que cuenta la empresa.
  - 4.1. **Suma del Activo.** La suma de todos los activos de la empresa.
- 5. Pasivo.**
  - 5.1. **A Corto Plazo.** La suma total de este pasivo.
  - 5.2. **A Largo Plazo.** La suma total de este pasivo
  - 5.3. **Otros Pasivos.** La suma total de este pasivo.

**5.4. Suma Pasivo.** La suma total de este pasivo.

## **6. Capital**

**6.1.** Capital Social Individual. La suma total del capital social individual.

**6.2.** Reserva u Otras Cuentas de Capital. La suma total de las reservas y de otras cuentas de capital.

**6.3. Utilidades o Pérdidas de Ejercicios Anteriores.** El total de las utilidades o pérdidas de ejercicios anteriores.

**6.4. Utilidades o Pérdidas del Ejercicio.** Las utilidades o pérdidas del ejercicio vigente.

**6.5. Suma del Capital.** La suma de los pasivos y del capital de la empresa.

**7. Suma del Pasivo Capital.** La suma de los pasivos y del capital de la empresa.

**N.** Designación del Representante Legal (si el proveedor lo requiere).

**1. Apellido Paterno, Materno y Nombre(s).** En caso de que el proveedor necesite un representante se anotara: nombre(s), apellido(s) completos de éste.

**2. Cargo que Ocupa en la Empresa.** El cargo que ocupa en la empresa en cuestión.

**3. Teléfono.** El número telefónico de la empresa en que labora.

**4. R.F.C.** La clave y homonimia completas del representante legal.

**O. Nombre y Firma del Gerente o Propietario.** El nombre y firma del gerente o propietario.

**P. Sello y Firma, Autorizada Jefe del Departamento.** El sello y firma del jefe del Departamento donde se autorizó esta acción.



**Formato DRMyCP-04**  
**Orden de Pago para Integrarse al Padrón de Proveedores de la**  
**Administración Pública Estatal**

**Instructivo de Llenado**

- 1. Por la Cantidad de.** El monto en número y letras.
- 2. A Nombre de.** El nombre completo de la persona o razón social.
- 3. Señalar el Concepto del Pago a Realizar.** Indicar el tipo de registro que se va a realizar si es por concurso, por inscripción y ventas de bases o para el registro al P.P.A.P.E.  
P.P.A.P.E.
- 4.- Firma.** La firma del titular de la Dirección de Recursos Materiales y Control Patrimonial.



**Formato DRMyCP-05**  
**Cédula de Registro en el Padrón de Proveedores**  
**de la Administración Pública Estatal**

**Instructivo de Llenado**

- A. Folio.** El número de folio correspondiente.
- B. DATOS GENERALES.**
- 1. Razón Social o Nombre.** El nombre o razón social de la empresa a registrar; el R.F.C. de la empresa o de la persona física;  
La clave que consta de:  
Si es persona física 4 letras y 6 dígitos,  
Si es persona moral 3 letras, 6 dígitos y la homonimia que consta de 3 dígitos.
  - 2. Domicilio Fiscal.** La dirección de la empresa registrada ante la S.H.C.P.
  - 3. Calle.** El nombre de la calle donde está ubicada la empresa.
  - 4. Colonia.** El nombre de la colonia donde esté ubicada la empresa.
  - 5. Municipio.** El nombre del municipio al que pertenece.
  - 6. Entidad.** La entidad a la que pertenece la empresa.
  - 7. Código Postal.** El código postal que tenga asignado el área en que se ubique la empresa.
  - 8. Teléfono.** El número telefónico de la empresa con clave lada.
  - 9. Capital Social.** El capital social de la empresa, con el que cuenta en el momento expresado en miles de pesos (con números y en letras las cantidades).
  - 10. Nombre de los Socios con Mayor Aportación.** Los nombres de los socios en caso de ser personal moral.
- C. DATOS DEL REGISTRO. USO EXCLUSIVO DE LA S.A.I.G**
- 1. Número del Registro.** El número de registro que le asignará la S.A.I.G
  - 2. Fecha de Expedición.** La fecha en que la S.A.I.G. expida este registro.
  - 3. Clasificación.** La actividad comercial.
  - 4. Sellos.** El sello de la Dirección de Recursos Materiales y Control Patrimonial.
  - 5. Nombre y Firma de Autorización.** Nombre y firma de autorización del Subdirector de Recursos Materiales.

**Formato DRMyCP-06  
Orden de Compra**

Anexo 57

**Formato DRMyCP-06  
Orden de Compra**



**GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE**  
SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL  
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN  
DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y CONTROL PATRIMONIAL  
ORDEN DE COMPRA



EN **CAMPECHE**  
VAMOS POR NUESTRO  
PROGRESO

DRMyCP-06

1 San Francisco de Campeche, Campeche a \_\_\_ de \_\_\_ de 20\_\_

| DATOS PROVEEDOR |                 |
|-----------------|-----------------|
| PROVEEDOR:      | TELÉFONO:       |
| DOMICILIO:      | FECHA VIGENCIA: |
| R.F.C.:         |                 |
| FECHA ENTREGA:  |                 |

| DATOS DEPENDENCIA | ORDEN DE COMPRA     |
|-------------------|---------------------|
| RAMO:             | 01/01/20__ 00:00:00 |
| UNIDAD:           | * C *<br>Folio OC   |
| PARTIDA:          | Folio Requisición   |
| OBSERVACIONES:    | <b>CONCENTRADO</b>  |

| CLAVE               | DESCRIPCIÓN | UNIDAD | CANTIDAD | PRECIO | IMPORTE | %I.V.A. | IMPUESTO  | TOTAL |       |
|---------------------|-------------|--------|----------|--------|---------|---------|-----------|-------|-------|
|                     |             |        |          |        |         |         |           |       |       |
|                     |             |        |          |        |         |         |           |       |       |
|                     |             |        |          |        |         |         |           |       |       |
|                     |             |        |          |        |         |         |           |       |       |
|                     |             |        |          |        |         |         |           |       |       |
|                     |             |        |          |        |         |         |           |       |       |
|                     |             |        |          |        |         |         |           |       |       |
|                     |             |        |          |        |         |         |           |       |       |
|                     |             |        |          |        |         |         |           |       |       |
|                     |             |        |          |        |         |         |           |       |       |
|                     |             |        |          |        |         |         |           |       |       |
| Total de artículos: |             |        |          |        |         |         | SUBTOTAL  | IVA   | TOTAL |
|                     |             |        |          |        |         |         | DESCUENTO |       |       |

Cantidad con letras: \_\_\_\_\_

Cadena original:  
Cadena encriptada:

8

Firma del Director

9

Firma del Subdirector

Elaboró \_\_\_\_\_

Original: Proveedor  
Copias: Dependencias

## Formato DRMyCP-06 Orden de Compra

### Instructivo de Llenado

1. **Fecha.** Fecha que corresponde a la Orden de Compra.
2. **Datos Proveedor.** Datos del Proveedor como son:
  - \*Nombre
  - \*Domicilio
  - \*R.F.C.
  - \*Fecha de entrega de los bienes muebles
  - \*Fecha de vigencia de la orden de compra
3. **Datos dependencia.** Nombre de la dependencia y Unidad Presupuestal a la que se aplicará el gasto; Partida y Observaciones.
4. **Folio.** Folio de requisición de la orden de compra.
5. Datos de los artículos que se solicitan comprar incluida la cantidad, IVA e importes totales.
6. Importe del Subtotal, I.V.A., Descuento y Total
7. **Cantidad con letras.** Escribir con letras el importe del Total de la orden de compra
8. **Cadena original y Cadena encriptada.**
9. **Firma del Director.** Nombre y Firma del Director de Recursos Materiales y Control Patrimonial.
10. **Firma del Subdirector.** Nombre y Firma del Subdirector de Recursos Materiales y Control Patrimonial.
11. **Elaboró.** Siglas de la persona que elaboró la orden de compra.



**Formato DRMyCP-07**  
**Bitácora Mensual de Vehículos**



**GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE**  
SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL  
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN  
DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y CONTROL PATRIMONIAL



EN **CAMPECHE**  
VAMOS POR NUESTRO  
PROGRESO  
**SAIG**

**BITÁCORA MENSUAL DE VEHÍCULOS**  
Hoja 2/2

**4.0 COMISIONES DE VEHÍCULO**

| 4.1 No. LUGAR | 4.2     |        | 4.3 COMISIONADO AL ÁREA | 4.4 NOMBRE DEL RESPONSABLE |
|---------------|---------|--------|-------------------------|----------------------------|
|               | DEL DÍA | AL DÍA |                         |                            |
|               |         |        |                         |                            |
|               |         |        |                         |                            |
|               |         |        |                         |                            |
|               |         |        |                         |                            |
|               |         |        |                         |                            |
|               |         |        |                         |                            |
|               |         |        |                         |                            |
|               |         |        |                         |                            |
|               |         |        |                         |                            |
|               |         |        |                         |                            |

**5.0 OBSERVACIONES**

**5.1 COMENTARIOS**

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

5.2 ELABORÓ

\_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA

5.3 REVISÓ

\_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA

**(Hoja 2)**

**Formato DRMyCP-07**  
**Bitácora Mensual de Vehículos**

**Instructivo de Llenado**

**0.0. SECCIÓN DATOS DEL VEHÍCULO**

- 0.1. Número Económico.** Se anotará el número de inventario asignado al vehículo.
- 0.2. Marca y Tipo.** Marca de la fábrica y tipo de vehículo.
- 0.3. Modelo.** El año al que corresponda el vehículo.
- 0.4. Placas.** El número de la misma.
- 0.5. Adscripción.** Nombre de la Dependencia y Unidad Presupuestal en que este asignado el vehículo.
- 0.6. Responsable.** Nombre de la persona que tenga resguardado el vehículo.
- 0.7. Mes.** El que corresponda el llenado del formato.

**1.0. SECCIÓN GASTOS DE COMBUSTIBLE Y LUBRICANTES.**

- 1.1. Fecha.** Día, mes y año en el momento de suministrar el combustible al vehículo.
- 1.2. Combustible.** El monto total de litros y costo de los mismos al momento de llenar el vehículo de combustible.
- 1.3. Lubricantes.** El monto total de los litros y costo de los mismos.
- 1.4. Lectura del Odómetro.** La lectura del kilometraje cada vez que se suministre combustible al vehículo.
- 1.5. Importe Total.** Deberá colocar la suma de los gastos de combustibles y lubricantes, si esto sucede simultáneamente, en caso de no ser así solamente anotar el costo del servicio que haya utilizado.
- 1.6. Nombre del Chofer.** Anotar el nombre de la persona que al momento de cargar combustible o lubricante, este conduciendo el vehículo y que corresponda a esta bitácora.
- 1.7. Total.** Se bajarán las sumas mensuales de litros y costo de combustible, litros y lubricantes e importe de los mismos.

**2.0. SECCIÓN GASTOS DE MANTENIMIENTO.**

- 2.1. Fecha.** El día, mes y año en que solicita el servicio de mantenimiento o reparación del vehículo.
- 2.2 ORDEN DE SERVICIO.** Anotar el número de orden de servicio con que fue autorizado el trabajo.

- 2.3. Lectura del Odómetro.** El kilometraje que tenga el vehículo al momento del servicio de mantenimiento o reparación.
- 2.4. Servicio o Reparación Efectuado.** Detallar el servicio o reparación realizado al vehículo.
- 2.5. Factura.** El número de factura que ampara el servicio o reparación realizada al vehículo.
- 2.6. Importe Total.** El costo del servicio o reparación efectuado al vehículo. Total.
- 2.7. Total.** La suma que resulte de todos los servicios de mantenimiento o reparación en ese mes.
- 3.0. SECCIÓN RESUMEN DEL MES**
- 3.1. Kilómetros Recorridos.** El total de los kilómetros recorridos al mes que se elabore la bitácora.
- 3.2. Rendimientos (kms/lts).** Saldrá de dividir el total de kilómetros recorridos entre el total de combustible suministrado al vehículo en el mes.
- 3.3. Gasto Acumulado.** Se pondrá el total de los servicios y lubricantes realizados en el mes.
- 3.4. Gasto Acumulado.** Se pondrá el total de los servicios de mantenimiento y reparaciones realizadas al vehículo en el mes.
- 4.0. SECCIÓN COMISIONES**
- 4.1. Lugar.** El nombre de la localidad a que fue comisionado y su transporte sea a través de vehículo.
- 4.2. Del Día... al Día.** El periodo que dure la comisión.
- 4.3. Comisionado al Área.** El nombre del centro de trabajo donde fue comisionado.
- 4.4. Nombre del Responsable.** Nombre de la persona que fue comisionado transportándose en el vehículo.
- 5.0. SECCIÓN OBSERVACIONES.**
- 5.1. Comentario.** Detallará los comentarios que se tenga respecto al vehículo.
- 5.2. Elaboró.** La persona responsable del manejo del vehículo.
- 5.3. Revisó.** Nombre y firma del Coordinador Administrativo.



## Formato DRMyCP-08

### Orden de Servicio de Mantenimiento Vehicular

#### Instructivo de Llenado

- 1. Datos del Proveedor. Proveedor, Domicilio, RFC y Teléfono.** Datos generales del nombre del proveedor, domicilio fiscal, registro federal del causante y teléfono del prestador de servicio.
- 2. Datos de la Dependencia. Ramo Unidad y Observaciones.** Datos generales del nombre de la Dependencia o Ramo, de la unidad o Dirección Administrativa y observaciones relativas al servicio a solicitar.
- 3. Datos del Vehículo. Placa, Serie, Modelo, Línea, Marca, cilindros y kilometraje.** Datos generales del vehículo anotando placas, serie, modelo, línea o tipo, marca, cilindraje y kilometraje.
- 4. Clave, Descripción, Unidad, Cantidad, Precio, Importe, Iva y Total.** Datos generales del servicio o adquisición a realizarse, donde se anotara la clave del artículo, la descripción, unidad de medida, cantidad, precio unitario, importe, iva y suma total de la orden de servicio.
- 5. Autorizo.** Nombre del Director de Recursos Materiales y Control Patrimonial.
- 6. Reviso.** Nombre del Subdirector de Servicios.
- 7. Elabora.** Iniciales del funcionario que elabora la orden de servicio.

**Formato DRMyCP-09**  
**Solicitud para la Adquisición de Bienes Muebles**  
**Capítulo 5000**

Anexo 60

**Formato DRMyCP-09**  
**Solicitud para la Adquisición de Bienes Muebles Capítulo 5000**



**GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE**  
SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL  
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN  
DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y CONTROL PATRIMONIAL  
SOLICITUD PARA LA ADQUISICIÓN DE BIENES MUEBLES CAPÍTULO 5000

EN CAMPECHE  
VAMOS POR NUESTRO  
PROGRESO



DRMyCP-09

Folio: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

DEPENDENCIA: \_\_\_\_\_ C/7E PRESUPUESTARIA: \_\_\_\_\_

| CANTIDAD | DESCRIPCIÓN DEL BIEN | JUSTIFICACIÓN |
|----------|----------------------|---------------|
| 8        | 9 10                 |               |

SOLICITA  
  
\_\_\_\_\_  
COORDINADOR ADMINISTRATIVO

Vo. Bo.  
  
\_\_\_\_\_  
TITULAR DE LA DEPENDENCIA

AUTORIZA  
  
\_\_\_\_\_  
SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN  
E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL

**Formato DRMyCP-09**  
**Solicitud para la Adquisición de Bienes Muebles**  
**Capítulo 5000**

**Instructivo de Llenado**

- 1. Número.** Cada Dependencia y Entidad llevará su propio consecutivo de acuerdo a las necesidades que se le presenten.
- 2. Fecha.** La fecha de elaboración del documento.
- 3. Dependencia.** Nombre de la Dependencia que envía la solicitud.
- 4. Clave Presupuestaria.** Anotar la clave completa que consta de 42 dígitos.
- 5. Cantidad.** Número de Bienes que requieren.
- 6. Descripción del Bien.** Especificar las características del bien que se solicita.
- 7. Justificación.** Especificar las necesidades reales para la adquisición del bien.
- 8. Solicita.** Nombre y firma del Coordinador Administrativo o su Equivalente.
- 9. Vo.Bo.** Nombre y Firma del Titular.
- 10. Autoriza.** Nombre y Firma del Responsable de la Subsecretaría de Administración.

**FORMATO DRMyCP-10**  
**Solicitud de Alta**

Anexo 61



**GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE**  
**SECRETARIA DE ADMINISTRACION E INNOVACION GUBERNAMENTAL**  
**SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACION**  
**DIRECCION DE RECURSOS MATERIALES Y CONTROL PATRIMONIAL**  
**SOLICITUD DE ALTA**

FORMATO DRMyCP-10  
FECHA: dd/mm/aaaa  
Página 1 de 1



**NOMBRE DEL DIRECTOR**  
DIRECTOR(A) DE REC. MATE Y CTRL. PAT.      DEPENDENCIA:  
SECRETARÍA DE ...

**PRESENTE**  
Solicito a Usted tenga a bien autorizar la(s) siguiente(s) alta(s):

| ID: XXXXX                                    | Descripción General del Bien                                            |                                     |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Número de Inventario<br>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | DESCRIPCIÓN<br>MONITOR ...                                              | MARCA / MODELO<br>MARCA      MODELO |
| UNIDAD PRESUPUESTAL<br>XX Dirección de ...   | RESPONSABLE<br>NOMBRE DEL RESPONSABLE                                   | NO. DE SERIE<br>No. de Serie        |
| OFICINA DE ADSCRIPCION<br>XX OFICINA ...     | Ubicación:<br>CONOCIDA                                                  |                                     |
| LOCALIDAD<br>Campeche                        | Edo. del Bien      Fecha Adquisición<br>Estado del Bien      dd/mm/aaaa |                                     |
|                                              | Forma de Adquisición:<br>FORMA DE ADQUISICIÓN                           |                                     |
|                                              | Número de Factura:      Valor:<br>XXXXX      \$ X,XXX.XX                |                                     |
|                                              | Proveedor:<br>NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL PROVEEDOR                       |                                     |

**OBSERVACIONES:** \_\_\_\_\_ **ANEXOS:** \_\_\_\_\_

**ATENTAMENTE**  
COORDINADOR(A) ADMINISTRATIVO(A)

**VO. BO.**  
TITULAR

**AUTORIZO**  
DIRECTOR(A) DE REC. MAT. Y CTRL. PAT.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL (DE LA) COORDINADOR(A) ADMINISTRATIVO(A)

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL TITULAR

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL DIRECTOR(A) DE REC. MAT. Y CTRL. PAT.

ORIGINAL: SUBDIRECCIÓN DE CONTROL PATRIMONIAL  
D.c.p.: DEPENDENCIA

Clave Única:  
Clave Inscrita: ...

## FORMATO DRMyCP-10 Solicitud de Alta

### Instructivo

- 1. C.** Es dirigido a la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental.
- 2. Ramo y U.P.** Anotar los datos de conformidad, de la clave presupuestal que le corresponde, señalados en el catálogo de ramos del sistema integral de inventarios.
- 3. Clase, Subclase, Identificador y Subidentificador.** Clasificar el bien mueble a inventariar de acuerdo al catálogo de clases del sistema integral de inventarios.  
Nota: El Subidentificador solo se utiliza para la clasificación de equipo de cómputo, específicamente impresoras, monitores y C.P.U.
- 4. Resguardo.** Es el número correlativo que se le da al bien mueble.  
Nota: Deberá de solicitarlo a la Subdirección de Control Patrimonial.
- 5. Descripción General.** Llenar los datos que se indican en la factura, contrato de comodato, de donación o de movimientos de almacén.  
Nota: En relación a vehículos las placas, tarjeta de circulación y tenencia, anotar según los correspondientes que emite la autoridad competente.
- 6. Responsable.** Personal adscrito a la Dependencia, que resguardará el bien mueble.
- 7. Anexos.** Documentación adicional para complementar el registro del movimiento.
- 8. Observaciones.** Comentarios procedentes.
- 9. Firmas.** Las firmas autorizadas Coordinador Administrativo, Titular de la Dependencia y el Director de Recursos Materiales y Control Patrimonial

**FORMATO DRMyCP-11**  
**Solicitud de Transferencia**

Anexo 62

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                     |                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p><b>GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE</b><br/><b>SECRETARIA DE ADMINISTRACION E INNOVACION GUBERNAMENTAL</b><br/><b>SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACION</b><br/><b>DIRECCION DE RECURSOS MATERIALES Y CONTROL PATRIMONIAL</b></p> |                                                     | <p>FORMATO DRMyCP-11<br/>dia mes año, hora:min p.m.</p> <p>Página 1 de 1</p>  <p>STXXXX/aaaa</p> |
| <b>SOLICITUD DE TRANSFERENCIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                     |                                                                                                                                                                                     |
| <p>NOMBRE DEL DIRECTOR<br/>DIRECTOR DE REC. MATE Y CTRL. PAT.<br/><b>PRESENTE</b></p>                                                                                                                                                                                                                           |                                                     | <p>DEPENDENCIA:<br/><b>SECRETARIA DE ...</b></p>                                                                                                                                    |
| <p>Solito a Usted tenga a bien autorizar las(s) siguiente(s) transferencia(s)</p>                                                                                                                                                                                                                               |                                                     |                                                                                                                                                                                     |
| <p><b>ID XXXXX</b></p> <hr/> <p>NÚMERO DE INVENTARIO ANTERIOR XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</p>                                                                                                                                                                                                                       |                                                     |                                                                                                                                                                                     |
| <p><b>ADSCRIPCIÓN</b><br/>SECRETARIA DE ...<br/>Dirección de ...<br/>OFICINA ...</p>                                                                                                                                                                                                                            |                                                     | <p><b>ADSCRIPCIÓN</b><br/>SECRETARIA DE ...<br/>Dirección de ...<br/>OFICINA ...</p>                                                                                                |
| <p><b>RESPONSABLE ANTERIOR</b><br/>XXXXX NOMBRE DEL RESPONSABLE ANTERIOR</p>                                                                                                                                                                                                                                    |                                                     | <p><b>RESPONSABLE NUEVO</b><br/>XXXXX NOMBRE DEL RESPONSABLE NUEVO</p>                                                                                                              |
| <p><b>DESCRIPCIÓN</b><br/>Descripción del Bien</p>                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                     | <p><b>MARCA/MODELO</b><br/>Marca, Modelo</p>                                                                                                                                        |
| <p><b>UBICACIÓN</b><br/>Ubicación del bien</p>                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                     | <p><b>NÚMERO DE SERIE</b><br/>No. de Serie</p>                                                                                                                                      |
| <p><b>ESTADO DEL BIEN</b><br/>Estado del Bien</p>                                                                                                                                                                                                                                                               | <p><b>FECHA DE ADQUISICIÓN</b><br/>dia mes, año</p> | <p><b>NÚMERO DE FACTURA</b><br/>No. de Factura</p>                                                                                                                                  |
| <p><b>FORMA DE ADQUISICIÓN</b><br/>Forma de Adquisición</p>                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                     | <p><b>VALOR</b><br/>\$XXX.XX</p>                                                                                                                                                    |
| <p><b>OBSERVACIONES:</b></p> <hr/> <hr/>                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                     | <p><b>ANEXOS:</b></p> <hr/> <hr/>                                                                                                                                                   |
| <p><b>ATENTAMENTE</b><br/>COORDINADOR(A) ADMINISTRATIVO(A)</p>                                                                                                                                                                                                                                                  | <p><b>VO. BO.</b><br/>TITULAR</p>                   | <p><b>AUTORIZO</b><br/>SUBDIRECTOR(A) DE CONTROL PATRIMONIAL</p>                                                                                                                    |
| <p>_____<br/>NOMBRE DEL (DE LA) COORDINADOR(A) ADMINISTRATIVO(A)</p>                                                                                                                                                                                                                                            | <p>_____<br/>NOMBRE DEL TITULAR</p>                 | <p>_____<br/>NOMBRE DEL SUBDIRECTOR DE CONTROL PATRIMONIAL</p>                                                                                                                      |
| <p>ORIGINAL: SUBDIRECCIÓN DE CONTROL PATRIMONIAL<br/>C.e.p.: DEPENDENCIA</p>                                                                                                                                                                                                                                    |                                                     | <p>Cadena Oriz: ...<br/>Cadena encriptada: ...</p>                                                                                                                                  |

## FORMATO DRMyCP-11 Solicitud de Transferencia

### Instructivo

- 1. C.** Es dirigido a la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental.
- 2. Ramo y U.P.** Anotar los datos de conformidad, de la clave presupuestal que le corresponde, señalados en el catálogo de ramos del sistema integral de inventarios.
- 3. Clase, Subclase, Identificador y Subidentificador.** Clasificar el bien mueble a inventariar de acuerdo al catálogo de clases del sistema integral de inventarios.  
Nota: El Subidentificador solo se utiliza para la clasificación de equipo de cómputo, específicamente impresoras, monitores y C.P.U.
- 4. Núm. Progresivo.** Es el número correlativo que se le da al bien mueble.  
Nota: Deberá de solicitarlo a la Subdirección de Control Patrimonial.
- 5. Ramo y U.P.** Anotar los datos de conformidad, de la clave presupuestal al área que se va a transferir, señalados en el catálogo de ramos del sistema integral de inventarios.
- 6. Núm. Progresivo.** Es el número correlativo nuevo que se le dará al bien mueble al efectuar la transferencia.  
Nota: Deberá de solicitarlo a la Subdirección de Control Patrimonial.
- 7. Descripción General.** Llenar los datos que se indican en la factura, contrato de comodato, de donación o de movimientos de almacén.  
Nota: En relación a vehículos las placas, tarjeta de circulación y tenencia, anotar según los correspondientes que emite la autoridad competente.
- 8. Responsable.** Personal adscrito a la Dependencia, que resguarda el bien mueble.
- 9. Responsable.** Personal adscrito a la Dependencia, que resguardará el bien mueble por transferir.
- 10. Anexos.** Documentación adicional para complementar el registro del movimiento.
- 11. Observaciones.** Comentarios procedentes.
- 12. Firmas.** Las firmas autorizadas. Coordinador Administrativo, Titular de la Dependencia y el Subdirector de Control Patrimonial.

**FORMATO DRMyCP-12**  
**Solicitud de Baja**

Anexo 63

|                                                                                   |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                     |                                                   |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  |                                                                              | <b>GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE</b><br>SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL<br>SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN<br>DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y CONTROL PATRIMONIAL<br>SOLICITUD DE BAJA |                                                   | FORMATO DRMyCP-12<br>FECHA: dd/mm/aaaa<br>Página 1 de 1                             |
|                                                                                   |                                                                              | NOMBRE: DIRECTOR DE REC. MATE Y CTRL. PAT.<br>DEPENDENCIA: SECRETARÍA ...                                                                                                                                           |                                                   |  |
| PRESENTE<br>Solicito a Usted tenga a bien autorizar la(s) siguiente(s) baja(s):   |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                     |                                                   |                                                                                     |
| No. de inventario                                                                 |                                                                              | Descripción General del Bien                                                                                                                                                                                        |                                                   |                                                                                     |
| ID: XXXXX                                                                         |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                     |                                                   |                                                                                     |
| Número de inventario:<br>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                     | DESCRIPCIÓN<br>Descripción del Bien<br>RESPONSABLE<br>NOMBRE DEL RESPONSABLE | MARCA / MODELO<br>Marca, Modelo                                                                                                                                                                                     |                                                   |                                                                                     |
| UNIDAD PRESUPUESTAL<br>XX Dirección de ...                                        | Ubicación:<br>Ubicación del bien<br>Est. del Bien                            | Fecha Adquisición<br>dd/mm/aaaa                                                                                                                                                                                     | NO. DE SERIE<br>No. de Serie                      |                                                                                     |
| OFICINA DE ADSCRIPCIÓN<br>XX OFICINA ...                                          | ESTADO DEL BIEN<br>Forma de Adquisición:<br>FORMA DE ADQUISICIÓN             | Número de Factura:<br>XXXXX                                                                                                                                                                                         | Valor:<br>\$ XXXXXX                               | MOTIVO BAJA:<br>Motivo de Baja                                                      |
| LOCALIDAD<br>Campeche                                                             | Proveedor:<br>NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL PROVEEDOR                            |                                                                                                                                                                                                                     |                                                   |                                                                                     |
| OBSERVACIONES:                                                                    |                                                                              | ANEXOS:                                                                                                                                                                                                             |                                                   |                                                                                     |
| ATENTAMENTE<br>COORDINADOR(A) ADMINISTRATIVO(A)                                   |                                                                              | VO. BO.<br>TITULAR                                                                                                                                                                                                  | AUTORIZO<br>DIRECTOR(A) DE REC. MAT. Y CTRL. PAT. |                                                                                     |
| NOMBRE DEL (DE LA) COORDINADOR(A) ADMINISTRATIVO(A)                               |                                                                              | NOMBRE DEL TITULAR                                                                                                                                                                                                  | NOMBRE DEL DIRECTOR(A) DE REC. MAT. Y CTRL. PAT.  |                                                                                     |
| ORIGINAL: SUBDIRECCIÓN DE CONTROL PATRIMONIAL<br>C.U.B.: DEPENDENCIA              |                                                                              | Clave Única:<br>Clave Inicial:                                                                                                                                                                                      |                                                   |                                                                                     |

## FORMATO DRMyCP-12 Solicitud de Baja

### Instructivo

- 1. C.** Es dirigido a la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental.
- 2. Ramo y U.P.** Anotar los datos de conformidad, de la clave presupuestal que le corresponde, señalados en el catálogo de ramos del sistema integral de inventarios.
- 3. Clase, Subclase, Identificador y Subidentificador.** Clasificar el bien mueble a inventariar de acuerdo al catálogo de clases del sistema integral de inventarios.  
Nota: El Subidentificador solo se utiliza para la clasificación de equipo de cómputo, específicamente impresoras, monitores y C.P.U.
- 4. Núm. Progresivo.** Es el número correlativo que se le da al bien mueble.  
Nota: Deberá de solicitarlo a la Subdirección de Control Patrimonial.
- 5. Descripción General.** Llenar los datos que se indican en la factura, contrato de comodato, de donación o de movimientos de almacén.  
Nota: En relación a vehículos las placas, tarjeta de circulación y tenencia, anotar según los correspondientes que emite la autoridad competente.
- 6. Responsable.** Personal adscrito a la Dependencia, que resguardaba el bien mueble.
- 7. Concepto de baja.** Especificar el tipo de baja del bien mueble de acuerdo al catálogo de códigos.
- 8. Anexos.** Documentación adicional para complementar el registro del movimiento.
- 9. Observaciones.** Comentarios procedentes.
- 10. Firmas.** Las firmas autorizadas. Coordinador Administrativo, Titular de la Dependencia y el Director de Recursos Materiales y Control Patrimonial

**Formato DRMyCP-13**  
**Solicitud de Requisición de Materiales y Suministros**

Anexo 64

**Formato DRMyCP-13**  
**REQUISICIÓN DE MATERIALES Y SUMINISTROS**



**GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE**  
 SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL  
 SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN  
 DIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y CONTROL PATRIMONIAL



EN CAMPECHE  
 VAMOS POR NUESTRO  
 PROGRESO

**SAIG**

REQUISICIÓN DE MATERIALES Y SUMINISTROS

DRMyCP-13  
 ① San Francisco de Campeche, Campeche a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

---

RAMO ② \_\_\_\_\_  
 UNIDAD ③ \_\_\_\_\_  
 TIPO ④ \_\_\_\_\_  
 CONCEPTO ⑤ \_\_\_\_\_  
 CVE. PRESUPUESTAL ⑥ \_\_\_\_\_  
 PARTIDA ⑦ \_\_\_\_\_  
 ESTATUS ⑧ \_\_\_\_\_  
 OBSERVACIONES ⑨ \_\_\_\_\_

**CONCENTRADO**

\* La SAIG se reserva el derecho de efectuar cualquier modificación a los precios sin previo aviso.  
 \*\* Los precios que se cotizan podrían diferir respecto a los que figuren en esta solicitud, conforme a las condiciones y requerimientos del mercado y/o los esquemas de adquisición

| CLAVE     | DESCRIPCIÓN              | UNIDAD     | CANTIDAD | PRECIO | IMPORTE | % IVA | TOTAL |
|-----------|--------------------------|------------|----------|--------|---------|-------|-------|
| ⑩<br>9999 | ⑪<br>ARTICULO DE MUESTRA | ⑫<br>PIEZA | ⑬<br>1   | 0.00   | 0.00    | 0.00  | 0.00  |

⑭

SUBTOTAL }  
 I.V.A. } ⑮  
 TOTAL }

⑯  
 \_\_\_\_\_  
 ELABORÓ

**Formato DRMyCP-13**  
**Solicitud de Requisición de Materiales y Suministros**

**Instructivo de Llenado**

- 1.** Fecha de elaboración de la solicitud
- 2.** Nombre de la dependencia
- 3.** Unidad presupuestal a la que se le aplicará el gasto
- 4.** Periodo a que corresponde dicha solicitud, trimestral o extraordinario
- 5.** Trimestre al que corresponde la solicitud
- 6.** Clave de artículo de acuerdo al listado proporcionado
- 7.** Identificar el objeto del gasto
- 8.** Avance de la requisición
- 9.** Observaciones indicadas referentes al bien solicitado
- 10.** Clave de gasto al que corresponde los materiales solicitados
- 11.** Descripción del bien solicitado
- 12.** Unidad de medida de bien solicitado
- 13.** Cantidad de bienes solicitados
- 14.** Detalle del precio unitario, importe, I.V.A. y monto total de los artículos
- 15.** Subtotal, IVA, total
- 16.** Nombre y firma de la persona que elaboró la requisición

**Formato DRMyCP-14**  
**Solicitud de Mantenimiento Vehicular**

Anexo 65



**GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE** SECTE I AHA  
DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL DIRECCIÓN DE  
RECURSOS MATERIALES Y CONTROLPATRIMONIAL

**SOLICITUD DE MANTENIMIENTO VEHICULAR**



DRMyCP-14  
EN CAMPECHE  
VAMOS POR NUESTRO  
PROGRESO  
SAIG

San Francisco de Campeche, Campeche a de enero de 20--

---

1 **RAMO** \_\_\_\_\_

**UNIDAD** \_\_\_\_\_

**CONCEPTO** \_\_\_\_\_

**ESTATUS** \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES** \_\_\_\_\_

2 **VEHICULO**

| Kilometraje | Placa | Modelo | Cilindros | Marca | Línea | Serie | Targeta circulación |
|-------------|-------|--------|-----------|-------|-------|-------|---------------------|
|             |       |        |           |       |       |       |                     |

3 **DETALLES**

| Clave | Descripción | Unidad | Cantidad |
|-------|-------------|--------|----------|
|       |             |        |          |

4

**Elaboró:** \_\_\_\_\_ **Revisó:** \_\_\_\_\_

NOTA: \* La obra se reserva el derecho de obtener cualquier modificación a las presentaciones sin previo aviso.  
\*\* Las presentaciones que no cumplan con los requisitos establecidos en las que figuran en esta solicitud, serán devueltas a las condiciones y responsabilidades del momento y/o las reglas de adquisición.

Página 1 de 1

**Formato  
DRMyCP-14  
Solicitud de Mantenimiento Vehicular**

**Instructivo de  
Llenado**

- 1. Ramo, Unidad, Concepto, Estatus y Observaciones.** Datos generales de la clave de gasto del ramo, unidad y concepto de la partida de gasto; en el estatus se describe el seguimiento o autorización de la solicitud y en caso de existir alguna observación se anotara en el campo de observación.
- 2. Datos del Vehículo. Kilometraje, Placa, Modelo, Cilindros, Marca, Serie y Tarjeta de Circulación.** Datos generales del vehículo anotando kilometraje, placas, modelo, cilindraje, marca del vehículo, serie y Tarjeta de circulación.
- 3. Clave, Descripción, Unidad, Cantidad.** Datos generales del servicio o adquisición a solicitar, donde se anotara la clave del artículo, la descripción, unidad de medida y cantidad del artículo de la solicitud.
- 4. Elaboro.** Nombre y firma de la persona que elabora la solicitud de servicio vehicular.
- 5. Reviso.** Nombre y firma del Titular o Coordinador Administrativo de la Dependencia solicitante.



## Formato DCDA-PC-01 Solicitud de Inscripción

### Instructivo de Llenado

- 1. Modalidad.-** Indicar si es Presencial o En Línea.
- 2. Indicar si el evento es.-** Curso, Conferencia, Seminario, Diplomado, otro.
- 3. Nombre del evento.-** Escribir el nombre del evento de capacitación que solicita.
- 4. Fecha.-** Escribir el día (s) en que se impartirá el evento de capacitación.
- 5. Sede del evento.-** Escribir el nombre de la sala, aula y/o Institución donde se efectuará el evento.
- 6. Horario del evento.-** Escribir la hora de inicio y fin de la sesión(es).

### DATOS GENERALES

- 7. Nombre.-** Escribir su nombre en el siguiente orden: apellidos paterno, materno y el nombre (s).
- 8. Grado académico y especialidad.-** Escribir el último grado de estudios que haya cursado especificando, en caso de tener licenciatura en qué especialidad la cursó.
- 9. Edad.-** Escribir los años cumplidos al momento de llenar la solicitud.
- 10. Puesto.-** Escribir el nombre de su cargo, (el que corresponde a la nómina).
- 11. Número de empleado.-** Escribir el número asignado en su hoja de nombramiento o en su caso el que aparece en la nómina.
- 12. Correo electrónico.-** Correo electrónico del empleado, solicitante de capacitación.

### DATOS INSTITUCIONALES

- 13. Dependencia gubernamental.-** Escribir el nombre de la Secretaría u Organismo en el que labora.
- 14. Área de adscripción.-** Escribir el nombre de la Dirección y/o Departamento en el que presta sus servicios.
- 15. Jefe inmediato.-** Escribir el nombre y puesto del jefe inmediato.
- 16. Puesto.-** Nombre del puesto del jefe inmediato.
- 17. Correo Electrónico.-** Escribir E-mail del jefe inmediato o el correo oficial de la Secretaría u Organismo donde labora.
- 18. Teléfono oficial y extensión.-** Anotar el número correspondiente y la extensión asignada.
- 16. Firma del solicitante.-** Firma autógrafa del interesado.
- 17. Autorización.-** Anotar nombre y firma autógrafa del jefe inmediato, que autoriza su participación al evento.
- 18. Sello de la Dirección de Capacitación y Desarrollo Administrativo.-** Este espacio se reservará para uso exclusivo de la Dirección de Capacitación y Desarrollo Administrativo de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental, una vez que el servidor público haya cubierto el perfil del participante requerido en la carta descriptiva del evento solicitado.

**Formato DCDA-PC-02**  
**Control Mensual de la Capacitación Externa**

Anexo 67

|                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |                                 |                                      |                            |                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|----------------------------|----------------------|
|                                                                                                                                                                           | <p><b>GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE</b><br/> <b>SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL</b><br/> <b>SUBSECRETARÍA DE INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL</b><br/> <b>DIRECCIÓN DE CAPACITACIÓN Y DE DESARROLLO ADMINISTRATIVO</b></p> |  |                                 |                                      |                            |                      |
| <p>CONTROL MENSUAL DE LA CAPACITACIÓN EXTERNA</p>                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |                                 |                                      |                            |                      |
| <p>Formato DCDA-PC-02</p>                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |                                 |                                      |                            |                      |
| <p>INSTITUCIÓN GUBERNAMENTAL: _____ Mes: _____</p>                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |                                 |                                      |                            |                      |
| <p>NOMBRE DEL CURSO</p>                                                                                                                                                                                                                                    | <p>FECHA DE INICIO Y TERMINACIÓN</p>                                                                                                                                                                                                         | <p>DURACIÓN</p>                                                                     | <p>INSTITUCIÓN CAPACITADORA</p> | <p>SEDE</p>                          | <p>PERSONAL CAPACITADO</p> | <p>PUESTO Y ÁREA</p> |
| <p>1</p>                                                                                                                                                                                                                                                   | <p>2</p>                                                                                                                                                                                                                                     | <p>3</p>                                                                            | <p>4</p>                        | <p>5</p>                             | <p>6</p>                   | <p>7</p>             |
| <p>DIRECCIÓN O COORDINADOR ADMINISTRATIVO</p>                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |                                 | <p>FECHA DE RECEPCIÓN</p>            |                            |                      |
| <p>Remite:<br/>                 Dirección de Capacitación y Desarrollo Administrativo<br/>                 Calle 5 No. 225 entre 62 y 65 Edificio Lavalle<br/>                 San. Rito. Tel: (51) 1-92-49<br/>                 51-1-92-00 ext. 27355</p> |                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |                                 | <p>_____</p> <p>(nombre y firma)</p> | <p>_____</p>               |                      |
| <p>NOTA: No se reportarán los eventos organizados por la Dirección de Capacitación y Desarrollo Administrativo.</p>                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                     |                                 |                                      |                            |                      |

## Formato DCDA-PC-02 Control Mensual de la Capacitación Externa

### Instructivo de Llenado

Los eventos que se reportarán son aquellos cursos, talleres, sesiones, asesorías, diplomados, especialidades u otras modalidades de capacitación que organice o contrate la propia Institución (no incluyendo los cursos organizados por la Dirección de Capacitación y Desarrollo Administrativo) y en la que participen los trabajadores de la misma.

Puede anexarse al formato una relación de los participantes del curso y de sus puestos y áreas de adscripción.

- 1.- Institución Gubernamental.-** Escribir el nombre de la Dependencia u Organismo que reporta la capacitación.
- 2.- Mes.-** Escribir el período en el cual se impartieron los cursos de capacitación, mismos que deberán reportarse mensualmente a la Dirección de Capacitación y Desarrollo Administrativo.
- 3.- Nombre del curso.-** Escribir el título del evento de capacitación impartido durante el período que se reporta.
- 4.- Fecha de inicio y terminación.-** Escribir las fechas en que dio inicio el evento y cuando terminó, especificando si existe continuidad entre una sesión y otra. (Ejemplos: Del 13 al 17 de abril o los días 1º, 8 y 15 del mes de mayo...)
- 5.- Duración (horas).-** Anotar el número de horas completas del evento.
- 6.- Institución Capacitadora.-** Escribir el nombre de la empresa, despacho, organismo y/o consultoría que haya proporcionado los servicios a la institución.
- 7.- Sede.-** Indicar la sala, aula y/o espacio de la institución o fuera de ella en donde se impartió el evento.
- 8.- Personal capacitado.-** Escribir el nombre de los servidores públicos de esa institución que hayan asistido al curso de capacitación.
- 9.- Puesto y área.-** Escribir el nombre del cargo (el que aparece en la nómina) y la Dirección y/o Departamento en el cual labora el servidor público.
- 10.- Director o Coordinador Administrativo.-** Anotar el nombre y la firma del titular Administrativo.
- 11.- Fecha de Recepción.-** Este espacio se reservará para uso exclusivo de la Dirección de Capacitación y Desarrollo Administrativo de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental.

**Formato DSG-01**

**Orden de Servicio de Conservación y Mantenimiento**

Anexo 68



GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE  
SECRETARÍA DE ADMINISTRACION  
E INNOVACION GUBERNAMENTAL  
SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN  
DIRECCIÓN DE SERVICIOS GENERALES



FORMATO DSG-01

ORDEN DE SERVICIO DE CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO.

FECHA:

1

PARA EL SERVICIO DE:

2

EN EL TALLER:

3

PARA EL BIEN:

4

No. DE INVENTARIO:

5

ASIGNADO A:

6

SOLICITA

7

RECIBE

8

DIRECCIÓN DE SERVICIOS GENERALES

PROVEEDOR

**Formato DSG-01**  
**Orden de Servicio de Conservación y Mantenimiento**

**Instructivo de Llenado**

- 1. Fecha.** Se anotará la fecha de elaboración.
- 2. Para servicio de.** Se indicará el tipo de mantenimiento solicitado (preventivo o correctivo).
- 3. En el taller.** Se anotará el nombre del prestador de servicio.
- 4. Para el bien.** Se anotará el tipo de bien, así como sus características generales.
- 5. No. de inventario.** Se anotará el No. de inventario del bien.
- 6. Asignado a.** Se anotará el área de adscripción del bien mueble o inmueble según sea el caso.
- 7. Solicita.** Nombre y Firma del Titular de la Dirección de Servicios Generales.
- 8. Recibe.** Nombre y Firma de la persona que recibe el bien.

Formato DII-01

Solicitud para la Adquisición de Equipos de Cómputo y/o Periféricos

Anexo 69

|                                                                                   |  |                                                                |  |                                                                                    |  |                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------|
|  |  | <i>Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental</i> |  |  |  | X/AAAA                        |
|                                                                                   |  | <i>Subsecretaría de Innovación Gubernamental</i>               |  | DII-01                                                                             |  |                               |
|                                                                                   |  | <i>Dirección de Informática e Innovación</i>                   |  | SAIG                                                                               |  | página 1/1                    |
| <b>Solicitud para la Adquisición de Equipos de Cómputo y/o Periféricos</b>        |  |                                                                |  |                                                                                    |  | 1                             |
| FECHA                                                                             |  |                                                                |  |                                                                                    |  | 1                             |
| año                                                                               |  |                                                                |  |                                                                                    |  |                               |
| mes                                                                               |  |                                                                |  |                                                                                    |  |                               |
| día                                                                               |  |                                                                |  |                                                                                    |  |                               |
| ÁREA SOLICITANTE 2                                                                |  |                                                                |  |                                                                                    |  |                               |
| RESPONSABLE DEL EQUIPO 3                                                          |  |                                                                |  |                                                                                    |  |                               |
| JUSTIFICACIÓN DE LA ADQUISICIÓN 4                                                 |  |                                                                |  |                                                                                    |  |                               |
| Equipo Solicitado 5                                                               |  |                                                                |  |                                                                                    |  |                               |
| SOLICITA (Nombre y Firma)<br>COORDINADOR ADMINISTRATIVO 6                         |  |                                                                |  | Vo. Bo.<br>DIRECTOR DE INFORMÁTICA E INNOVACION 7                                  |  |                               |
|                                                                                   |  |                                                                |  |                                                                                    |  | L.I. Edgar David Caamal Dzulu |

**Formato DII-01**  
**Solicitud para la Adquisición de Equipos de Cómputo y/o Periféricos**

**Instructivo de Llenado**

- 1. Fecha.** Esta opción se refiere al formato fecha, tecleado en número, empezando por el año, mes y día. (Ej. 2015/ 01 /17)
- 2. Área Solicitante.** Descripción del área la cual solicita la adquisición. (Ej. Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental, Subsecretaría de Innovación Gubernamental; Dirección de Informática e Innovación Gubernamental).
- 3. Responsable del Equipo.** Descripción del Área o Nombre de la persona que tendrá el resguardo del equipo a adquirir.
- 4. Justificación de la Adquisición.** El área solicitante dará una breve explicación de las necesidades para el uso del equipo de cómputo.
- 5. Para ser Llenado por la Dirección de Informática.** Área para ser llenada por la Dirección de Informática e Innovación Gubernamental, en la cual se dan las especificaciones del equipo de cómputo y/o software para hacer la adquisición de acuerdo a las necesidades del área solicitante.
- 6. Solicita.** Nombre y firma del coordinador administrativo del área solicitante, así como rúbrica del titular de la dependencia.
- 7. Vo.Bo.** Firma del Director de Informática e Innovación de la Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental.

Formato DII-02

Solicitud de Enlaces de Telecomunicaciones

Anexo 70

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                             |                                                                                                                        |                                    |                                   |                                  |                                        |                     |  |  |  |          |  |  |  |                   |  |  |  |                 |  |  |  |                     |                                  |                                |                                                                                    |                |  |  |  |            |  |  |  |                          |  |  |  |                        |  |  |  |                                                                         |  |  |  |                                   |                                    |                                                   |               |                                   |                                       |                               |  |                |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------|---------------------|--|--|--|----------|--|--|--|-------------------|--|--|--|-----------------|--|--|--|---------------------|----------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--|--|--|------------|--|--|--|--------------------------|--|--|--|------------------------|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------|--|--|--|-----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|--|----------------|--|--|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental<br>Subsecretaría de Innovación Gubernamental<br>Dirección de Informática e Innovación<br>Ciudad de San Francisco de Campeche, Campeche |                                                                                                             | <br>GOBIERNO DEL ESTADO • 2009-2015 |                                    |                                   |                                  |                                        |                     |  |  |  |          |  |  |  |                   |  |  |  |                 |  |  |  |                     |                                  |                                |                                                                                    |                |  |  |  |            |  |  |  |                          |  |  |  |                        |  |  |  |                                                                         |  |  |  |                                   |                                    |                                                   |               |                                   |                                       |                               |  |                |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | SOLICITUD DE SERVICIOS DE TELECOMUNICACIONES<br>Y/O TELEFONIA                                                                                                                                  |                                                                                                             | DII-02<br>FOLIO                                                                                                        |                                    |                                   |                                  |                                        |                     |  |  |  |          |  |  |  |                   |  |  |  |                 |  |  |  |                     |                                  |                                |                                                                                    |                |  |  |  |            |  |  |  |                          |  |  |  |                        |  |  |  |                                                                         |  |  |  |                                   |                                    |                                                   |               |                                   |                                       |                               |  |                |  |  |  |
| OFICIO DE SOLICITUD<br>RECIBIDO POR<br>AREA SOLICITANTE<br>NOMBRE DEL USUARIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                             | FECHA<br><br>TELEFONO                                                                                                  |                                    |                                   |                                  |                                        |                     |  |  |  |          |  |  |  |                   |  |  |  |                 |  |  |  |                     |                                  |                                |                                                                                    |                |  |  |  |            |  |  |  |                          |  |  |  |                        |  |  |  |                                                                         |  |  |  |                                   |                                    |                                                   |               |                                   |                                       |                               |  |                |  |  |  |
| <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> TELEFONIA</td> <td><input type="checkbox"/> INTERNET</td> <td><input type="checkbox"/> ENLACES</td> <td><input type="checkbox"/> MODEM CELULAR</td> </tr> <tr> <td>CLAVE PRESUPUESTAL:</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>PARTIDA:</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>IMPORTE ASIGNADO:</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>ANCHO DE BANDA:</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>TIPO DE SERV. TEL.:</td> <td><input type="checkbox"/> CELULAR</td> <td><input type="checkbox"/> LOCAL</td> <td><input type="checkbox"/> LADA NACIONAL <input type="checkbox"/> LADA INTERNACIONAL</td> </tr> <tr> <td>JUSTIFICACION:</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>UBICACION:</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>RESPONSABLE INFORMATICO:</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>COORD. ADMINISTRATIVO:</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">EQUIPO NECESARIO PARA LA INSTALACION DE SERVICIO DE TELECOMUNICACIONES:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> NO BREAK</td> <td><input type="checkbox"/> CATEGORIA</td> <td><input type="checkbox"/> ENERGIA ELEC. ATERRIZADA</td> <td>UNIONES _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CABLEADO</td> <td><input type="checkbox"/> No. DE NODOS</td> <td><input type="checkbox"/> RACK</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">OBSERVACIONES:</td> </tr> </table> |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                             |                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> TELEFONIA | <input type="checkbox"/> INTERNET | <input type="checkbox"/> ENLACES | <input type="checkbox"/> MODEM CELULAR | CLAVE PRESUPUESTAL: |  |  |  | PARTIDA: |  |  |  | IMPORTE ASIGNADO: |  |  |  | ANCHO DE BANDA: |  |  |  | TIPO DE SERV. TEL.: | <input type="checkbox"/> CELULAR | <input type="checkbox"/> LOCAL | <input type="checkbox"/> LADA NACIONAL <input type="checkbox"/> LADA INTERNACIONAL | JUSTIFICACION: |  |  |  | UBICACION: |  |  |  | RESPONSABLE INFORMATICO: |  |  |  | COORD. ADMINISTRATIVO: |  |  |  | EQUIPO NECESARIO PARA LA INSTALACION DE SERVICIO DE TELECOMUNICACIONES: |  |  |  | <input type="checkbox"/> NO BREAK | <input type="checkbox"/> CATEGORIA | <input type="checkbox"/> ENERGIA ELEC. ATERRIZADA | UNIONES _____ | <input type="checkbox"/> CABLEADO | <input type="checkbox"/> No. DE NODOS | <input type="checkbox"/> RACK |  | OBSERVACIONES: |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> TELEFONIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> INTERNET                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> ENLACES                                                                            | <input type="checkbox"/> MODEM CELULAR                                                                                 |                                    |                                   |                                  |                                        |                     |  |  |  |          |  |  |  |                   |  |  |  |                 |  |  |  |                     |                                  |                                |                                                                                    |                |  |  |  |            |  |  |  |                          |  |  |  |                        |  |  |  |                                                                         |  |  |  |                                   |                                    |                                                   |               |                                   |                                       |                               |  |                |  |  |  |
| CLAVE PRESUPUESTAL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                             |                                                                                                                        |                                    |                                   |                                  |                                        |                     |  |  |  |          |  |  |  |                   |  |  |  |                 |  |  |  |                     |                                  |                                |                                                                                    |                |  |  |  |            |  |  |  |                          |  |  |  |                        |  |  |  |                                                                         |  |  |  |                                   |                                    |                                                   |               |                                   |                                       |                               |  |                |  |  |  |
| PARTIDA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                             |                                                                                                                        |                                    |                                   |                                  |                                        |                     |  |  |  |          |  |  |  |                   |  |  |  |                 |  |  |  |                     |                                  |                                |                                                                                    |                |  |  |  |            |  |  |  |                          |  |  |  |                        |  |  |  |                                                                         |  |  |  |                                   |                                    |                                                   |               |                                   |                                       |                               |  |                |  |  |  |
| IMPORTE ASIGNADO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                             |                                                                                                                        |                                    |                                   |                                  |                                        |                     |  |  |  |          |  |  |  |                   |  |  |  |                 |  |  |  |                     |                                  |                                |                                                                                    |                |  |  |  |            |  |  |  |                          |  |  |  |                        |  |  |  |                                                                         |  |  |  |                                   |                                    |                                                   |               |                                   |                                       |                               |  |                |  |  |  |
| ANCHO DE BANDA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                             |                                                                                                                        |                                    |                                   |                                  |                                        |                     |  |  |  |          |  |  |  |                   |  |  |  |                 |  |  |  |                     |                                  |                                |                                                                                    |                |  |  |  |            |  |  |  |                          |  |  |  |                        |  |  |  |                                                                         |  |  |  |                                   |                                    |                                                   |               |                                   |                                       |                               |  |                |  |  |  |
| TIPO DE SERV. TEL.:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> CELULAR                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> LOCAL                                                                              | <input type="checkbox"/> LADA NACIONAL <input type="checkbox"/> LADA INTERNACIONAL                                     |                                    |                                   |                                  |                                        |                     |  |  |  |          |  |  |  |                   |  |  |  |                 |  |  |  |                     |                                  |                                |                                                                                    |                |  |  |  |            |  |  |  |                          |  |  |  |                        |  |  |  |                                                                         |  |  |  |                                   |                                    |                                                   |               |                                   |                                       |                               |  |                |  |  |  |
| JUSTIFICACION:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                             |                                                                                                                        |                                    |                                   |                                  |                                        |                     |  |  |  |          |  |  |  |                   |  |  |  |                 |  |  |  |                     |                                  |                                |                                                                                    |                |  |  |  |            |  |  |  |                          |  |  |  |                        |  |  |  |                                                                         |  |  |  |                                   |                                    |                                                   |               |                                   |                                       |                               |  |                |  |  |  |
| UBICACION:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                             |                                                                                                                        |                                    |                                   |                                  |                                        |                     |  |  |  |          |  |  |  |                   |  |  |  |                 |  |  |  |                     |                                  |                                |                                                                                    |                |  |  |  |            |  |  |  |                          |  |  |  |                        |  |  |  |                                                                         |  |  |  |                                   |                                    |                                                   |               |                                   |                                       |                               |  |                |  |  |  |
| RESPONSABLE INFORMATICO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                             |                                                                                                                        |                                    |                                   |                                  |                                        |                     |  |  |  |          |  |  |  |                   |  |  |  |                 |  |  |  |                     |                                  |                                |                                                                                    |                |  |  |  |            |  |  |  |                          |  |  |  |                        |  |  |  |                                                                         |  |  |  |                                   |                                    |                                                   |               |                                   |                                       |                               |  |                |  |  |  |
| COORD. ADMINISTRATIVO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                             |                                                                                                                        |                                    |                                   |                                  |                                        |                     |  |  |  |          |  |  |  |                   |  |  |  |                 |  |  |  |                     |                                  |                                |                                                                                    |                |  |  |  |            |  |  |  |                          |  |  |  |                        |  |  |  |                                                                         |  |  |  |                                   |                                    |                                                   |               |                                   |                                       |                               |  |                |  |  |  |
| EQUIPO NECESARIO PARA LA INSTALACION DE SERVICIO DE TELECOMUNICACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                             |                                                                                                                        |                                    |                                   |                                  |                                        |                     |  |  |  |          |  |  |  |                   |  |  |  |                 |  |  |  |                     |                                  |                                |                                                                                    |                |  |  |  |            |  |  |  |                          |  |  |  |                        |  |  |  |                                                                         |  |  |  |                                   |                                    |                                                   |               |                                   |                                       |                               |  |                |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> NO BREAK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> CATEGORIA                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> ENERGIA ELEC. ATERRIZADA                                                           | UNIONES _____                                                                                                          |                                    |                                   |                                  |                                        |                     |  |  |  |          |  |  |  |                   |  |  |  |                 |  |  |  |                     |                                  |                                |                                                                                    |                |  |  |  |            |  |  |  |                          |  |  |  |                        |  |  |  |                                                                         |  |  |  |                                   |                                    |                                                   |               |                                   |                                       |                               |  |                |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> CABLEADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> No. DE NODOS                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> RACK                                                                               |                                                                                                                        |                                    |                                   |                                  |                                        |                     |  |  |  |          |  |  |  |                   |  |  |  |                 |  |  |  |                     |                                  |                                |                                                                                    |                |  |  |  |            |  |  |  |                          |  |  |  |                        |  |  |  |                                                                         |  |  |  |                                   |                                    |                                                   |               |                                   |                                       |                               |  |                |  |  |  |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                             |                                                                                                                        |                                    |                                   |                                  |                                        |                     |  |  |  |          |  |  |  |                   |  |  |  |                 |  |  |  |                     |                                  |                                |                                                                                    |                |  |  |  |            |  |  |  |                          |  |  |  |                        |  |  |  |                                                                         |  |  |  |                                   |                                    |                                                   |               |                                   |                                       |                               |  |                |  |  |  |
| SOLICITA (firma y nombre)<br><br>TITULAR DE LA DEPENDENCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Va. Bo.<br>DIRECCION DE INFORMÁTICA E INNOVACIÓN<br><br>L.I. Edgar Ceama Dzú                                                                                                                   | AUTORIZA (firma y nombre)<br>SUBSECRETARIO DE INNOVACIÓN GUBERNAMENTAL<br><br>I.S.C. Rosendo David Puc Ruiz |                                                                                                                        |                                    |                                   |                                  |                                        |                     |  |  |  |          |  |  |  |                   |  |  |  |                 |  |  |  |                     |                                  |                                |                                                                                    |                |  |  |  |            |  |  |  |                          |  |  |  |                        |  |  |  |                                                                         |  |  |  |                                   |                                    |                                                   |               |                                   |                                       |                               |  |                |  |  |  |

**Formato DII-02**  
**Solicitud de Enlaces de Telecomunicaciones**  
**Instructivo de Llenado**

- 1 FOLIO.-** No. De identificación del formato.
- 2 OFICIO DE SOLICITUD.-** No. Del oficio donde se solicitó el servicio.
- 3 RECIBIDO POR.-** Nombre de la persona que recibió el oficio.
- 4 AREA SOLICITANTE.-** Dependencia y/o Unidad que solicita el servicio.
- 5 NOMBRE DEL USUARIO.-** Director y/o Coordinador administrativo.
- 6 FECHA.-** Fecha en que se recibió el oficio.
- 7 TELEFONO.-** Teléfono del área solicitante.
- 8 SERVICIO SOLICITADO.-** Tipo de servicio que se solicita en el oficio.
- 9 CLAVE PRESUPUESTAL.-** Clave presupuestal autorizada por la Dirección de Programación y Presupuesto.
- 10 PARTIDA.-** Partida autorizada por la Dirección de Programación y Presupuesto.
- 11 IMPORTE ASIGNADO.-** Importe asignado por la Dirección de Programación y Presupuesto.
- 12 ANCHO DE BANDA.-** Cantidad solicitada en MB.
- 13 TIPO DE SERV. TEL.-** El tipo de servicio solicitado.
- 14 JUSTIFICACION.-** Motivo por el que se solicita el servicio.
- 15 UBICACIÓN.-** Sitio en donde se pondrá el servicio.
- 16 RESPONSABLE INFORMÁTICO.-** Nombre del personal informático de la dependencia que se hará cargo de la instalación y/o equipos de telefonía que se entregan.
- 17 COORD. ADMINISTRATIVO.-** Coordinador Administrativo del área solicitante.
- 18 EQUIPO NECESARIO PARA INSTALACION.-** Equipo que se necesitará para la instalación del servicio que se ha solicitado.
- 19 OBSERVACIONES.-** Observaciones generales que se deberán de conocer.

### Formato DII-03 Baja de Equipo de Cómputo

Anexo 71

|                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                 | Secretaría de Administración e Innovación Gubernamental<br>Subsecretaría de Innovación Gubernamental<br>Dirección de Informática e Innovación<br>Ciudad de San Francisco de Campeche, Campeche | <br>EN CAMPECHE<br>VAMOS POR NUESTRO<br>PROGRESO<br>GOBIERNO DEL ESTADO - 2009-2013 |
| SOLICITUD DE BAJA DE EQUIPO DE CÓMPUTO                                                           |                                                                                                                                                                                                | Folio: <b>1</b>                                                                                                                                                        |
| SOLICITUD No. <b>2</b>                                                                           | DEPENDENCIA <b>4</b>                                                                                                                                                                           | SOLICITADO POR <b>5</b>                                                                                                                                                |
|                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                | FECHA <b>3</b>                                                                                                                                                         |
| UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN <b>6</b>                                                                   |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                        |
| EMPLEADO <b>7</b>                                                                                | <b>8</b>                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                        |
| ID <b>9</b>                                                                                      |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                        |
| TIPO DE BIEN <b>10</b>                                                                           |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                        |
| Nº. DE SERIE <b>11</b>                                                                           |                                                                                                                                                                                                | OBSERVACIONES <b>15</b>                                                                                                                                                |
| MARCA <b>12</b>                                                                                  |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                        |
| MODELO <b>13</b>                                                                                 |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                        |
| FECHA DE ADQUISICIÓN <b>14</b>                                                                   |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                | Total de Bienes:                                                                                                                                                       |
| El contenido de esta sección es iterativo                                                        |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                        |
| PROVEEDOR <b>16</b>                                                                              |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                        |
| RFC <b>17</b>                                                                                    |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                        |
| FECHA DICTAMEN <b>18</b>                                                                         |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                        |
| Vo.Bo.<br>DIRECCIÓN DE INFORMÁTICA E INNOVACIÓN                                                  |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                        |
| L.I. EDGAR DAVID CAAMAL DZULU                                                                    |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                        |
| Este contenido debe imprimirse en la última hoja                                                 |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                        |
| <b>19</b><br> | FORMATO DII-03<br>Subsecretaría de Innovación Gubernamental<br>Campeche                                                                                                                        | <b>20</b>                                                                                                                                                              |
|                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                | Página 1 de 1                                                                                                                                                          |

**Formato DII-03  
Baja de Equipo de Cómputo  
Instructivo de Llenado**

1. Número de folio de identificación del formato, cada área solicitante genera su propio consecutivo.
2. Número de solicitud con la que se solicita la baja de equipo de cómputo.
3. Fecha de solicitud de la baja.
4. Descripción de la dependencia (Ramo) que solicita la baja.
5. Número y nombre del empleado que solicita la baja.
6. Descripción de la unidad o área que solicita la baja; considere este punto como un grupo de datos.
7. Número del empleado que tiene resguardado el equipo; considere este punto como un grupo de datos.
8. Nombre completo del empleado que tiene resguardado el equipo: paterno materno nombre(s).
9. Número de inventario asignado por la Dirección de Recursos Materiales y Control Patrimonial de la SAIG.
10. Descripción del tipo de bien que se solicita la baja: CPU, Monitor, Impresora, Escáner, No Break, Regulador, entre otros.
11. Número de serie del equipo por el que se solicita la baja.
12. Marca del equipo por el que se solicita la baja.
13. Modelo del equipo por el que se solicita la baja.
14. Fecha de adquisición del equipo por el que se solicita la baja.
15. Comentario u observación del motivo de la baja.

16. Nombre completo del proveedor que realizó el dictamen.
17. Registro Federal de Contribuyente (RFC) del proveedor que realizó el dictamen.
18. Fecha en la que se realizó el dictamen.
19. Código de barras QR del folio de la solicitud.
20. Cadenas únicas y encriptados de la solicitud.

**“Políticas y Procesos a seguir para la Solicitud de los Servicios de  
Telefonía”  
DII-04**

Anexo 72

 **GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE**  
SECRETARIA DE ADMINISTRACION GUBERNAMENTAL  
SUBSECRETARIA DE INNOVACION GUBERNAMENTAL  
DIRECCION DE INFORMATICA E INNOVACION

EN **CAMPECHE**  
VAMOS POR NUESTRO  
PROGRESO

GOBIERNO DEL ESTADO • 2009-2015

---

**POLITICAS Y PROCESOS A SEGUIR PARA LA SOLICITUD DE LOS  
SERVICIOS DE TELEFONIA**

**USO INTERNO**

**(Hoja 1)**

### **Objetivo**

El objetivo del presente reglamento es establecer las bases de las políticas de uso aceptable del servicio que deberá cumplir el personal al servicio del Gobierno del Estado de Campeche sobre los procesos y políticas a seguir para la solicitud de los diversos servicios y apoyos telefónicos que la Subsecretaría de Innovación Gubernamental, a través de la Dirección de Informática e Innovación proporcionan, esto con la finalidad de brindar un mejor servicio.

La Subsecretaría de Innovación Gubernamental, pondrá todos sus esfuerzos para que las políticas de uso se respeten y sean cumplidas por los usuarios, como normas básicas tienen la finalidad de preservar los bienes, servicios y funcionamiento de la comunidad telefónica y abstenerse de forma expresa del uso de los servicios con fines ilícitos. Así mismo los usuarios deberán respetar también las políticas de buen uso de los equipos de comunicaciones

El desarrollo e implementación de esta política tiene como finalidad no solo lograr el nacimiento de una relación más estrecha y de confianza entre el usuario y el personal que administra el sistema, sino también conseguir el fortalecimiento y crecimiento seguro del mismo.

### **Sobre la asignación**

Los Secretarios de Estados, Subsecretarios, Coordinadores Administrativos y Directores de área son los facultados a solicitar la asignación de una línea telefónica en un área (*dependiendo de la disponibilidad de los recursos telefónicos, tecnológicos y presupuestales*).

Los Titulares, en coordinación con la Dirección de Informática e Innovación decidirán si el teléfono asignado será un número directo o no, dependiendo de la disponibilidad de números del Conmutador General.

Esta solicitud deberá incluir los siguientes datos:

- Tipo de servicio (número directo, extensión, Voz IP, con o sin correo de voz)
- Persona a la cual se le asignará la línea
- Número de empleado
- Departamento al que pertenece
- Lugar donde se instalará la línea
- Tipo de clave (local, celular, larga distancia nacional e Internacional)
- Nombre y Firma del Titular autorizando la solicitud.

***El estándar utilizado en las Dependencia, para la asignación de aparatos telefónicos y/o líneas será determinado por la Subsecretaría de Innovación Gubernamental a través de la Dirección de Informática e Innovación bajo las siguientes premisas y con el visto bueno de los Titulares de las áreas administrativas.***

### **Sobre la instalación de Nuevas Líneas o Extensiones Telefónicas**

La Subsecretaría de Innovación Gubernamental a través de la Dirección de Informática e Innovación es la única entidad autorizada para la instalación y manejo de líneas telefónicas para las Dependencias del Gobierno del Estado.

La Subsecretaría de Innovación Gubernamental a través de la Dirección de Informática e Innovación, instalará la línea telefónica siempre que exista la solicitud previa y la infraestructura necesaria para ello (cableado del conmutador hacia el edificio correspondiente, nodo cercano al usuario, líneas y aparatos disponibles).

Todas las extensiones y/o líneas telefónicas que se instalen serán asignadas a un empleado en específico y es responsabilidad del mismo el buen uso de los aparatos y las llamadas telefónicas.

**(Hoja 2)**

**Acerca de los costos de larga distancia y celular**

Todas las llamadas realizadas por motivos personales, serán con cargos al empleado que las efectuó mismas que se les aplicará el descuento vía nómina, tanto las efectuadas a través del Conmutador, como teléfonos digitales, analógicos y teléfonos IP.

El monto de las llamadas laborales será absorbido por la Dirección respectiva.

En caso de llamadas entre dependencias, deberán ser realizadas a través de la red y no por larga distancia o telefonía analógica.

Será responsabilidad de la Coordinación Administrativa de las Dependencias avisar siempre que una persona cambie de adscripción, a la Subsecretaría de Innovación a través de la Dirección de Informática, para poder reasignar, cambiar o eliminar la clave. En caso de no hacerlo, el monto total de las llamadas realizadas con esa clave deberá ser cubierto por la dirección a la que pertenezca.

Al recibir la notificación de nóminas sobre la baja de cualquier persona que haya contado con clave, ésta será cancelada automáticamente.

Mensualmente se enviará vía correo electrónico a los coordinadores administrativos, el reporte de las llamadas realizadas de su Dependencia. Será su responsabilidad identificar en dicho reporte aquellas llamadas que fueron realizadas por motivos laborales y las realizadas por motivos personales, cuyo costo será cobrado vía nómina. Es indispensable que se indique claramente el número empleado de la nómina de la persona a la que se le descontará dicho importe.

En caso de que dentro del periodo determinado, el Coordinador Administrativo no actualice la información de las llamadas, proporcionando el (los) número de empleados al que se cargará el costo de las llamadas personales, se asumirá que todas lo son, y por lo tanto se le restringirá hasta por un importe similar a su presupuesto de telefonía el importe total de las llamadas realizadas.

**Sobre el uso del teléfono**

Es responsabilidad de la persona a la cual se le ha asignado un aparato telefónico su buen uso. Se entiende por buen uso:

- El utilizar el teléfono como medio de comunicación para asuntos del Gobierno del Estado y no personales.
- El realizar un uso medido del mismo no excediéndose en el tiempo de llamada ni en el número de llamadas.
- El no permitir que un tercero lo utilice para su uso personal.
- El cuidar físicamente el aparato telefónico.
- Las claves son de uso personal e intransferible, por lo tanto no deben ser suministradas a ninguna persona, incluyendo personal de la Subsecretaría de Innovación Gubernamental o la Dirección de Informática e Innovación.
- Las claves deben ser tratados como información confidencial, se debe memorizar y nunca debe ser escrito en papeles, stickers, ni en sistemas computarizados sin encriptación.
- Solicitar a la Dirección de Informática e Innovación cambiar las contraseñas inmediatamente si se sospecha que ha sido conocida por cualquier otra persona, además del usuario autorizado

El no utilizar adecuadamente los recursos (*teléfono, buzón, clave*) será motivo de suspensión de los mismos. Específicamente en el caso de buzón de voz, se aplicará lo anterior, si no se accede a este servicio en un tiempo igual o mayor a 20 días o se satura el mismo. Los mensajes residentes en el buzón mayores a un mes desde su fecha de recepción, serán borrados sin importar si fueron escuchados o no.

**(Hoja 3)**

Los funcionarios deberán hacer uso del servicio de telefonía con estricto apego a las medidas de austeridad, racionalidad y disciplina presupuestal, en el entendido que el consumo excedente autorizado será erogado por el empleado a la cual se encuentra asignado del equipo de telefonía.

Cualquier daño ocasionado por mal uso o descuido será responsabilidad del usuario y el departamento correspondiente absorberá los gastos generados por la reparación o reemplazo del aparato telefónico.

*Este documento entra en vigor a partir del momento de su publicación. El desconocimiento de su contenido no exime de su cumplimiento.*

**(Hoja 4)**

Formato DE-01

Abono a cuenta de cheques

Anexo 73

 **GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE**  
**SECRETARIA DE FINANZAS**  
**SUBSECRETARIA DE EGRESOS**  
**ABONO A CUENTA DE CHEQUES**

 EN CAMPECHE  
VAMOS POR NUESTRO  
PROGRESO  
**SEFIN**

TIPO DE MOVIMIENTO:  ALTA  BAJA

HAGO CONSTAR QUE AUTORIZO A LA SECRETARIA DE FINANZAS PARA QUE LOS RECURSOS DERIVADOS DE LA PROVEEDURIA DE BIENES O SERVICIOS SEAN DEPOSITADOS A LA CUENTA BANCARIA QUE A CONTINUACION DESCRIBO:

**DATOS DEL PROVEEDOR O PRESTADOR DEL SERVICIO**

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO, DENOMINACION O RAZON SOCIAL  
REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES  
DOMICILIO CALLE  
NUMERO EXTERIOR NUMERO INTERIOR COLONIA  
LOCALIDAD ESTADO MUNICIPIO  
CODIGO POSTAL TELEFONO  
ACTIVIDAD PREPONDERANTE  
CORREO ELECTRONICO

**DATOS BANCARIOS**

CONCEPTO DEL RAMO (1)  
(1) APLICA SOLO PARA DEPENDENCIAS  
No. DE CUENTA DE CHEQUES No. DE SUCURSAL  
TIPO DE CUENTA  CHEQUES FECHA DE APERTURA  
CLAVE BANCARIA ESTANDARIZADA (CLABE)  
PLAZA DONDE SE ENCUENTRA LA INSTITUCION BANCARIA No. DE PLAZA  
NOMBRE DEL BENEFICIARIO COMO APARECE EN LA CUENTA DE CHEQUES  
NOMBRE DEL BANCO  
CERTIFICAMOS QUE LOS DATOS Y FIRMAS QUE APARECEN EN ESTE DOCUMENTO SON LOS QUE SE ENCUENTRAN REGISTRADOS POR EL  
(NOMBRE DEL BENEFICIARIO DE LA CUENTA DE CHEQUES)  
ANTE ESTA INSTITUCION.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL BENEFICIARIO

\_\_\_\_\_  
CERTIFICACION DE LA INSTITUCION BANCARIA

SI ES UNA ALTA: ES NECESARIO QUE MUESTRE LA CERTIFICACION BANCARIA, DE LO CONTRARIO NO SE RECIBIRA LA SOLICITUD.  
ANEXAR COPIA LEGIBLE DE LA CEDULA DE IDENTIFICACION FISCAL.  
ANEXAR COPIA DEL OFICIO DE CANCELACION DE CUENTA, EN CASO DE TENER REGISTRADA ALGUNA CON ANTERIORIDAD.

(Hoja 1)



**GOBIERNO DEL ESTADO DE CAMPECHE  
SECRETARÍA DE FINANZAS  
SUBSECRETARÍA DE EGRESOS**



**AVISO DE PRIVACIDAD**

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales. El Sistema de Modernización Contable, Presupuestal y de Servicios denominado SIMCoPreS Egresos 2013, es el medio con el cual, se realizan los pagos de los proveedores, prestadores de servicios, contratistas, dependencias a través de los medios electrónicos, mediante abono en las cuentas bancarias de los beneficiarios con fundamento en el inciso (e) de los artículos 9 y 10 de la Ley del Presupuesto de Egresos de la Federación, 2011 y 2012, segundo párrafo del artículo 67 de la Ley General de Contabilidad Gubernamental, así como al art. 7 de la Ley de Protección de Datos Personales del Estado de Campeche y sus Municipios, cuya finalidad es el pago a proveedores, contratistas, prestadores de servicio y entes públicos y podrán ser transmitidos a propios proveedores dueños de sus datos y/o cualquier situación judicial para los fines legales que diera lugar con la finalidad de la cesión, además de otras transmisiones previstas en la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado de Campeche y sus Municipios.

Los datos marcados con un asterisco (\*) son obligatorios y sin ellos no podrá acceder al servicio o completar el trámite de pago.

Asimismo, se le informa que sus datos no podrán ser difundidos sin su consentimiento expreso, salvo las excepciones previstas en la Ley.

El responsable del Sistema de Datos Personales es el L. E. Manuel Pinzón Sánchez, quien tiene a su cargo la Dirección de Egresos, donde podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, así como la revocación del consentimiento es la Unidad de Protección de Datos Personales de la Secretaría de Finanzas del Estado de Campeche, ubicada en Calle 8 No. 325, entre 63 y 65, Planta baja, Zona Centro, C.P. 24000, San Francisco de Campeche, Campeche, en horario de 9 a 14 horas, de lunes a viernes, Conmutador 81 1 92 00, extensión 27410, o directamente al 81 1 92 80, o al correo electrónico [transparencia\\_finanz@campeche.gob.mx](mailto:transparencia_finanz@campeche.gob.mx)

El interesado podrá dirigirse a la Comisión de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Campeche, donde recibirá asesoría sobre los derechos que tutela la Ley de Protección de Datos Personales para el Estado de Campeche y sus Municipios, al teléfono (01) (981) 12 7 17 80 y 81 1 79 53, ubicada en la calle Francisco Field Jurado, Mza, 1 Lt. 6, planta alta Local 2, área Ah Kim Pech, sector Fundadores Campeche, San Francisco de Campeche, Campeche, o en la página electrónica [www.cotapec.org.mx](http://www.cotapec.org.mx)

**(Hoja 2)**

## **N. Directorio de Servidores Públicos en Apoyo al Proceso**

Teléfono

## **COORDINACIÓN EJECUTIVA**

**C.P. Tirso Agustín R. de la Gala Gómez**

811-92-30

Secretario de Finanzas

811-92-00 Ext. 27200

**Lic. María Luisa Sahagún Arcila**

811-92-42

Secretaria de Administración e Innovación  
Gubernamental

811-92-00 Ext. 27300

## **COORDINACIÓN TÉCNICA**

**Carmen Rafael Valle Cambraniz**

811-92-35

Subsecretario de Programación y Presupuesto

811-92-00 Ext. 27230

**C.P. Guadalupe Cárdenas Guerrero**

811-92-31

Subsecretaria de Egresos

811-92-00

Ext. 27205

**Lic. María Luisa Dzul Robaldino**

811-92-00 Ext. 27232

Directora de Programación

**L.A. Martha Elena Novelo Montero**

811-92-00 Ext. 27233

Directora de Presupuesto