



# FORMATO DE MOVIMIENTOS DE PERSONAL MANDOS SUPERIORES, MEDIOS Y HOMOLOGOS



UNIDAD EXPEDIDORA: \_\_\_\_\_ (1)

SUBSECRETARIA DE  
ADMINISTRACION Y FINANZAS

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION: \_\_\_\_\_ (2)

| DATOS PERSONALES                |              |                              |  |                  |                       |                        |     |            |                 |             |  |
|---------------------------------|--------------|------------------------------|--|------------------|-----------------------|------------------------|-----|------------|-----------------|-------------|--|
| FILIACION _____ (3)             |              |                              |  |                  |                       | CURP _____ (4)         |     |            |                 |             |  |
| _____ (5)                       |              |                              |  |                  |                       |                        |     |            |                 |             |  |
| APELLIDO PATERNO                |              |                              |  | APELLIDO MATERNO |                       |                        |     | NOMBRE( S) |                 |             |  |
| DOMICILIO PARTICULAR: _____ (6) |              |                              |  |                  |                       |                        |     |            |                 |             |  |
| C A L L E                       |              |                              |  |                  |                       | NUMERO EXTERIOR        |     |            | NUMERO INTERIOR |             |  |
| COLONIA _____ (7)               |              |                              |  | CODIGO POSTAL    |                       | DELEGACION O MUNICIPIO |     | ESTADO     |                 | TELEFONO    |  |
| CUENTA BANCARIA NUMERO _____    |              |                              |  |                  |                       |                        |     |            |                 |             |  |
| GENERO                          | ESTADO CIVIL | LUGAR DE NACIMIENTO (ESTADO) |  |                  | FECHA DE INGRESO      |                        | DIA | MES        | AÑO             | DEPENDENCIA |  |
| (8)                             | (9)          | (10)                         |  |                  | GOBIERNO FEDERAL (11) |                        |     |            |                 | (12)        |  |
|                                 |              |                              |  |                  | SECRETARIA DE SALUD   |                        |     |            |                 |             |  |

| DATOS PRESUPUESTALES (13)                      |     |        |         |        |     |     |     |         |            |        |
|--|-----|--------|---------|--------|-----|-----|-----|---------|------------|--------|
| ANTECEDENTE                                    | A P | UNIDAD | PARTIDA | CODIGO | P G | A I | G F | FUNCION | SUBFUNCION | PUESTO |
| CLAVE ANTERIOR                                 |     |        |         |        |     |     |     |         |            |        |
| ADSCRIPCION _____ (14)                         |     |        |         |        |     |     |     |         |            |        |
| CLAVE DEL CENTRO DE RESPONSABILIDAD _____ (15) |     |        |         |        |     |     |     |         |            |        |

| DATOS DEL SUSTITUTO:   |  |  |  |                  |  |  |  |                              |  |  |
|------------------------|--|--|--|------------------|--|--|--|------------------------------|--|--|
| _____ (16)             |  |  |  |                  |  |  |  |                              |  |  |
| APELLIDO PATERNO       |  |  |  | APELLIDO MATERNO |  |  |  | NOMBRE( S)                   |  |  |
| FILIACION _____ (17)   |  |  |  |                  |  |  |  | MOTIVO _____ (19)            |  |  |
| EFECTOS DEL _____ (18) |  |  |  | AL _____ (18)    |  |  |  | NUM. DE DOCUMENTO _____ (20) |  |  |

| VIGENCIA (21)           |     |        |      | O P E R A C I O N (22)                                      |                    |                    |                                 |   |      |  |
|-------------------------|-----|--------|------|---|--------------------|--------------------|---------------------------------|---|------|--|
|                         | DIA | MES    | AÑO  | NO. DE DOCUMENTO  | NUMERO DE EMPLEADO | TIPO DE TRABAJADOR | LOTE                            | QNA   |      |  |
| DEL                     |     |        |      |   |                    |                    | (23)                            | (24)  |      |  |
| AL                      |     |        |      |   |                    |                    |                                 |   |      |  |
| TIPO DE MOVIMIENTO      |     | CODIGO | (25) | ADSCRIPCION: DIR. GRAL. DE PLANEACION Y DESARROLLO EN SALUD |                    |                    |                                 | CLAVE DE CENTRO DE RESPONSABILIDAD            |      |  |
| DESIGNACION POR ART. 34 |     |        |      | MOVIMIENTO LATERAL  |                    |                    | BAJA                            |   | (26) |  |
| PRORROGA POR ART. 34    |     |        |      | CONCURSO PUBLICO ABIERTO                                    |                    |                    | CAMBIO DE RADICACION DE SUELDOS |   |      |  |
| LIBRE DESIGNACION       |     |        |      | PROMOCION   |                    |                    | PRIMA QUINQUENAL                |   |      |  |
| GABINETE DE APOYO       |     |        |      | REINGRESO   |                    |                    | DESCENSO                        |   |      |  |
|                         |     |        |      | EVENTUAL  |                    |                    |                                 | ESPECIFICAR EL NÚMERO DE CONCURSO: _____ (27) |      |  |

| CLAVE PRESUPUESTAL (28)   |        |         |        |     |     |     |         |            |                       |      |
|---|--------|---------|--------|-----|-----|-----|---------|------------|-----------------------|------|
| A P   | UNIDAD | PARTIDA | CODIGO | P G | A I | G F | FUNCION | SUBFUNCION | PUESTO                |      |
|   |        |         |        |     |     |     |         |            |                       |      |
| NOMBRE Y DESCRIPCION DEL PUESTO DE ACUERDO AL MAESTRO DE PUESTOS _____ (29) |        |         |        |     |     |     |         |            | GRUPO:                |      |
|   |        |         |        |     |     |     |         |            | NIVEL:                |      |
| TIPO MANDO: SUPERIOR  |        |         |        |     |     |     |         |            | MANDO MEDIO           |      |
| HOMOLOGADO  |        |         |        |     |     |     |         |            | JORNADA LABORAL HORAS | (30) |
| GRADO:  |        |         |        |     |     |     |         |            |                       |      |

| PERCEPCIONES         |          |        |            | (31) |  |
|----------------------|----------|--------|------------|------|--|
| PARTIDA PRESUPUESTAL | ANTERIOR | ACTUAL | DIFERENCIA |      |  |
|                      |          |        |            |      |  |
|                      |          |        |            |      |  |
|                      |          |        |            |      |  |
| TOTAL                |          |        |            |      |  |

| JUSTIFICACION O MOTIVOS DEL MOVIMIENTO (32) |
|---|
|   |

|  |   |  |
|--|---|--|
| <p>ELABORO _____ (33)</p> <p>COORDINADOR ADMINISTRATIVO</p> <p>NOMBRE, CARGO Y FIRMA</p> | <p>Vo.Bo. RESPONSABLE DE LA UNIDAD EXPEDIDORA _____ (34)</p> <p>TITULAR DE LA UNIDAD</p> <p>NOMBRE, CARGO Y FIRMA</p> | <p>AUTORIZO _____ (35)</p> <p>DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS HUMANOS</p> <p>NOMBRE Y FIRMA</p> |
|--|---|--|