



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



UNIDAD EXPEDIDORA: _____

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION: _____

DATOS PERSONALES

FILIACION										CURP																																							
NOMBRE:																																																	
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRE(S)																													
DOMICILIO PARTICULAR:																																																	
CALLE										NUMERO EXTERIOR										NUMERO INTERIOR																													
COLONIA										CODIGO POSTAL										DELEGACION O MUNICIPIO										ESTADO										TELEFONO									
CUENTA BANCARIA NUMERO																																																	
GENERO		ESTADO CIVIL		LUGAR DE NACIMIENTO (ESTADO)				FECHA DE INGRESO				DIA		MES		AÑO		DEPENDENCIA																															
								GOBIERNO FEDERAL																																									
								SECRETARIA DE SALUD																																									

DATOS PRESUPUESTALES

ANTECEDENTE		A P	UNIDAD	PARTIDA	CODIGO	P G	A I	G F	FUNCION	SUBFUNCION	PUESTO
CLAVE ANTERIOR											
ADSCRIPCION											
NOMBRE											
CLAVE DEL CENTRO DE RESPONSABILIDAD											

DATOS DEL SUSTITUTO:

APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										NOMBRE(S)									
FILIACION										MOTIVO																			
EFECTOS DEL										AL										NUM. DE DOCUMENTO									

VIGENCIA				OPERACION							
DIA	MES	AÑO	NO. DE DOCUMENTO	NUMERO DE EMPLEADO		TIPO DE TRABAJADOR		LOTE		QNA	
DEL											
AL											
TIPO DE MOVIMIENTO		CODIGO		ADSCRIPCION:				COORDINACION ADMINISTRATIVA		CLAVE DE CENTRO DE RESPONSABILIDAD	
DESIGNACION POR ART. 34		X		MOVIMIENTO LATERAL				BAJA			
PRORROGA POR ART. 34				CONCURSO PUBLICO ABIERTO				CAMBIO DE RADICACION DE SUELDOS			
LIBRE DESIGNACION				PROMOCION				PRIMA QUINQUENAL		ESPECIFICAR EL NÚMERO DE CONCURSO:	
GABINETE DE APOYO				REINGRESO				DESCENSO			

CLAVE PRESUPUESTAL

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										GRUPO:
										NIVEL:
TIPO MANDO:										GRADO:
SUPERIOR		MANDO MEDIO		HOMOLOGADO		JORNADA LABORAL HORAS				

PERCEPCIONES

PARTIDA PRESUPUESTAL	ANTERIOR	ACTUAL	DIFERENCIA
TOTAL			

JUSTIFICACION O MOTIVOS DEL MOVIMIENTO

ELABORO	Vo. Bo. RESPONSABLE DE LA UNIDAD EXPEDIDORA	AUTORIZO
_____	_____	_____
NOMBRE, CARGO Y FIRMA	NOMBRE, CARGO Y FIRMA	DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS HUMANOS NOMBRE Y FIRMA