



**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:
									GRADO:
TIPO MANDO:		SUPERIOR		MANDO MEDIO		HOMOLOGADO		JORNADA LABORAL HORAS	

PERCEPCIONES

PARTIDA PRESUPUESTAL	ANTERIOR	ACTUAL	DIFERENCIA
TOTAL			

JUSTIFICACION O MOTIVOS DEL MOVIMIENTO

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