GOBIERNO DEL ESTADO DE

YUCATÁN

AVISO DE MODIFICACIÓN

DE SITUACIÓN LABORAL

ÁREA EXCLUSIVA PARA EL SELLO DE RECEPCIÓN

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACÓN

Bajo protesta de decir verdad comunico a esta Secretaría de la Contraloría General la modificación de mi situación laboral, y conforme a lo dispuesto por el artículo 33 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, manifiesto lo siguiente:

Motiva el Presente

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cambio Dependencia o Entidad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Cambio de Área de Adscripción:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Reingreso:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **DATOS GENERALES DEL ENCARGO ANTERIOR** |
| Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Dependencia o Entidad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Teléfono Celular:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Cargo Desempeñado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Oficina o Área de Adscripción:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Fecha de Baja del Cargo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| DATOS ACTUALES | |
| Cargo Actual que Desempeña:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Fecha de Toma de Posesión del Encargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Dependencia o Entidad que Labora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Ubicación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Ciudad y Municipio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono Oficina:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTE AVISO SON CIERTOS | FIRMA O HUELLA DIGITAL DEL TRABAJADOR |

|  |
| --- |
| INSTRUCCIONES GENERALES |

En el caso de cambio de dependencia, entidad o área de adscripción en el mismo orden de gobierno o de reingreso del servidor público en un período menor de sesenta días naturales siguientes a su conclusión, únicamente se dará aviso de dicha situación y no será necesario presentar la declaración de inicio y/o conclusión.