

**FORMATO UNICO DE MOVIMIENTOS DE PERSONAL**

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

UNIDAD EXPEDIDORA: INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES

ESTADO DE AGUASCALIENTES LUGAR Y FECHA: AGUASCALIENTES, AGS. 11 DE JULIO DEL 2023

**DATOS PERSONALES**

FILIACIÓN: G O R L 7 2 0 9 1 0 3 D 0 CURP: G O R L 7 2 0 9 1 0 H M C M V S 0 4

**GOMEZ** **RIVERA** **LUIS FILEMON**

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)

CALLE NUMERO EXTERIOR NUMERO INTERIOR

COLONIA CODIGO POSTAL DELEGACION O MUNICIPIO ESTADO TELEFONO

CUENTA BANCARIA NUMERO

GENERO ESTADO CIVIL LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DE INGRESO

M SOLTERO DIVORCIADO M C MEXICANA GOBIERNO FEDERAL SECRETARIA DE SALUD

H CASADO OTRO MEXICANA POR NATURALIZACION 2023 06 01 2023 06 01

V VIUDO EXTRANJERO

**DATOS DE ANTECEDENTE**

AP	UNIDAD	PARTIDA	CODIGO	PG	AI	GF	FUNCION	SUBFUNCION	PUESTO

ADSCRIPCION

CLAVE DEL CENTRO DE RESPONSABILIDAD

DATOS DEL SUSTITUTO

FILIACION

EFFECTOS DEL

**OPERACION**

NO. DE DOCUMENTO: 0010129 LOTE: 2023/15 QNA T Y A: 15

CODIGO: 1 1 1 9 TIPO DE TRABAJADOR

NUEVO INGRESO BAJA X BASE X

REINGRESO REANUDACION DE LABORES CONFIANZA

PROMOCION LICENCIA INTERINO

AUMENTO CAMBIO DE ADSCRIPCION PROVISIONAL

DISMINUCION PRIMA QUINQUENAL

PENSION ALIMENTICIA PREJUBILATORIA

DATOS PERSONALES TITULARIZACION

ADSCRIPCION ORGANO INTERNO DE CONTROL CLAVE DE CENTRO DE RESPONSABILIDAD: 0114690012

**CLAVE PRESUPUESTAL**

AP	UNIDAD	PARTIDA	CODIGO	PG	AI	GF	FUNCION	SUBFUNCION	PUESTO
1002	420	1103	CF21135	01	004	2	3	03	0002

**NOMBRE DEL PUESTO** **AUDITOR ENCARGADO**

HORARIO ASIGNADO TIPO DE SERVICIO TABULADOR

X 8 HORAS 4 POR H.S.M. 1 SUPERIOR X RAMA M.P.M. NIVEL RANGO

2 7 HORAS 5 OTRO TIPO 2 M.MEDIO 5 RAMA ADVA 1 2 3

3 15 HORAS 3 APOYO

TIPO DE LICENCIA MOTIVO DIAS

CON SUELDO

A MEDIO SUELDO

SIN SUELDO

PRE-PENSIONARIA

**PERCEPCIONES**

PARTIDA PRESUPUESTAL	ACTUALES	INCREMENTO O DISMINUCION	ACORDADAS
			\$14,582.00
TOTALES			\$14,582.00

BAJA POR RENUNCIA A PERSONAL DE CONFIANZA (MANDO MEDIO), COBRÓ UNICAMENTE EL RETROACTIVO DE QUINCENAS 11 Y 12/2023, SE RETIENEN Y CANCELAN POR INDICACIONES DE LA C.P SARA HERRERA RUIZ ORDINARIA QNA. 13/2023 Y 14/2023. EL PAGADOR HABILITADO: L.R. MARIA DEL REFUGIO MACIAS GUADIANA.

**ELABORO**  
LIC. ERIKA NATALYD REYES TORRES  
DIRECTORA DEL AREA DE CAPITAL HUMANO

**VO. BO. RESPONSABLE**  
LIC. ARACELI OROZCO RODRIGUEZ  
DIRECTORA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

**AUTORIZO**  
DR. RUBEN GALAVIZ TRISTÁN  
DIRECTOR GENERAL

NOMBRE Y FIRMA

Aguascalientes, Ags., a 28 de junio de 2023

**INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD  
DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES  
P R E S E N T E.**

Por medio del presente escrito renuncio voluntariamente a los servicios que prestaba en este Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes hasta el día de hoy en el puesto de **AUDITOR ENCARGADO** con el código **CF21135** dando por terminada mi relación individual de trabajo con este Instituto, en términos de lo dispuesto por el Artículo 23 Fracc. I del Estatuto Jurídico de los Trabajadores al Servicio de los Gobiernos del Estado de Aguascalientes, sus Municipios y Organismos Descentralizados Vigente.

Expresamente manifiesto que durante el tiempo que presté mis servicios al INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE AGUASCALIENTES recibí puntualmente todos los pagos por concepto de salarios y prestaciones a que tuve derecho, así mismo gocé de todos los días de descanso semanal y obligatorios conforme a la Ley; señalando específicamente que no existe adeudo alguno adicional por ninguna prestación, ya que me han sido pagadas a la fecha de la presente renuncia.

Por consiguiente, habiendo manifestado mi libre voluntad anteriormente mencionada y no teniendo reclamación alguna que hacer en cuanto a los derechos y obligaciones derivados de mi relación de trabajo con el Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes, me desisto expresamente de cualquier acción laboral, civil, penal, administrativa o de cualquier otra índole que pudiera emanar de la relación laboral que por este medio doy por terminada.



**ATENTAMENTE**







---

**C. LUIS FILEMON GOMEZ RIVERA**

MÉXICO INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL  
CREDENCIAL PARA VOTAR


 NOBRE  
GÓMEZ  
RIVERA  
LUIS FILEMÓN
 
 SEXO H

CURP  
 FECHA DE EMISIÓN 12/01/04  
 FECHA DE VIGENCIA 12/01/04

GÓMEZ<RIVERA<<LUIS<FILEMÓN<<<<

Renuncio Voluntariamente  
 por motivo personales al cargo de  
 Titular de la Unidad Auditoría del  
 apostado del 28/06/2023  
 Luis Filemón Gómez Rivera

