

**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: \_\_\_\_\_ CURP: G O R L 7 2 0 9 1 0 3 D 0 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:  M  H ESTADO CIVIL:  SOLTERO  CASADO  VIUDO  DIVORCIADO  OTRO

LUGAR DE NACIMIENTO:  M  C MEXICANA MEXICANA POR NATURALIZACION EXTRANJERO

FECHA DE INGRESO: GOBIERNO FEDERAL SECRETARIA DE SALUD 2023 06 01 2023 06 01

**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**

DEL	DA	MES	AÑO	NO. DE DOCUMENTO	LOTE	QNA T Y A
	01	07	2023	0010129	2023/15	15

CODIGO: 1 1 1 9 TIPO DE TRABAJADOR

BAJA  BASE   
 REANUDACION DE LABORES  CONFIANZA   
 LICENCIA  INTERINO   
 CAMBIO DE ADSCRIPCION  PROVISIONAL   
 PRIMA QUINQUENAL   
 PREJUBILATORIA   
 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
<input checked="" type="checkbox"/> 8 HORAS <input type="checkbox"/> 4 POR H.S.M	<input checked="" type="checkbox"/> SUPERIOR	<input type="checkbox"/> RAMA M.P.M
<input type="checkbox"/> 7 HORAS <input checked="" type="checkbox"/> OTRO TIPO	<input type="checkbox"/> M.MEDIO	<input type="checkbox"/> RAMA ADVA
<input type="checkbox"/> 5 HORAS	<input type="checkbox"/> APOYO	

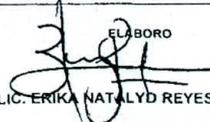
TIPO DE LICENCIA: \_\_\_\_\_ MOTIVO: \_\_\_\_\_ DIAS: \_\_\_\_\_

CON SUeldo \_\_\_\_\_  
 A MEDIO SUeldo \_\_\_\_\_  
 SIN SUeldo \_\_\_\_\_  
 PRE-PENSIONARIA \_\_\_\_\_

**PERCEPCIONES**

PARTIDA PRESUPUESTAL	ACTUALES	INCREMENTO O DISMINUCION	ACORDADAS
			\$14,582.00
<b>TOTALES</b>			\$14,582.00

BAJA POR RENUNCIA A PERSONAL DE CONFIANZA (MANDO MEDIO), COBRÓ ÚNICAMENTE 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.

<p>ELABORO</p>  <b>LIC. ERIKA NATALYD REYES TORRES</b> DIRECTORA DEL AREA DE CAPITAL HUMANO NOMBRE Y FIRMA	<p>VO. BO. RESPONSABLE</p>  <b>LIC. ARACELI OROZCO RODRIGUEZ</b> DIRECTORA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS NOMBRE Y FIRMA	<p>AUTORIZO</p>  <b>DR. RUBÉN GALAVIZ TRISTÁN</b> 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



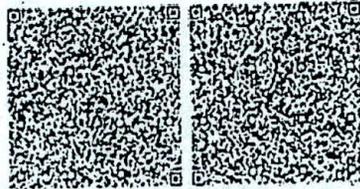
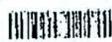
NOMBRE  
GÓMEZ  
RIVERA  
LUIS FILEMÓN



SEXO H

[Redacted]

EDAD 34 AÑOS  
FECHA DE NACIMIENTO 12/11/04  
LUGAR DE NACIMIENTO GUATEMALA



GÓMEZ<RIVERA<<LUIS<FILEMÓN<<<<<<

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

*[Handwritten signature]*