



SECRETARÍA DE SEGURIDAD PÚBLICA DEL ESTADO DE OAXACA
CENTRO DE CONTROL, COMANDO Y COMUNICACIÓN C4
EVIDENCIA



Directiva 3.2.2 Programa de Permisos de Ausencia

UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA UMF 38		NIVEL ATENCIÓN <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	DELEG. UMAE 21 OAX	CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE MF 043878	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DÍGITO VERIFICADOR 0816885386	
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN 38	DELEGACIÓN DE ADSCRIPCIÓN 21	NOMBRE DEL (LOS) PATRÓN(ES) Secretaría de Seguridad Pública		PUESTO DE TRABAJO Jefe de departamento		C.U.R.P.
INICIAL <input checked="" type="checkbox"/>	SUBS. <input type="checkbox"/>	RECAIDA <input type="checkbox"/>	DÍAS AUTORIZADOS (LETRA) ochenta y cuatro	NÚMERO 099A	A PARTIR DEL DÍA MES AÑO 01 03 2021	APELLIDOS PATERNO MATERNO Y NOMBRE(S) DEL ASEGURADO Gomez Melendez Jessico SEXO <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> M
RAMO DE SEGURO	RIESGO DE TRABAJO	ENFERMEDAD	MATERNIDAD <input checked="" type="checkbox"/>	CONTROL PRENATAL	EXPEDIDO EL DÍA MES AÑO 01 03 2021	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO INE 156242151163
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO <input type="checkbox"/>	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS				DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD cero	MÉDICO TRATANTE Juan Manuel Jimenez Tejeda NOMBRE FIRMA 1991211018621111 MATRICULA
<ul style="list-style-type: none">El asegurado a quien se entregó copia de este documento se encuentra incapacitado para trabajar a partir de la fecha y durante el periodo que se indican en este duplicado.Si el asegurado regresara a sus labores antes de la terminación del periodo de incapacidad señalado en este documento, el patrón deberá avisar inmediatamente y por escrito a Prestaciones Económicas del Instituto, para que éste efectúe los ajustes que procedan en el pago del subsidio.Si la empresa le permite al trabajador laborar encontrándose incapacitado por accidente o enfermedad de trabajo o enfermedad general y sufre un accidente, éste deberá ser considerado como riesgo de trabajo.En caso de estar marcado como "riesgo de trabajo" o "probable riesgo", deberá entregar al servicio de Salud en el Trabajo el Formato ST-7 y/o ST-9, según corresponda, debidamente llenado.					TRANSFERENCIA DE SEMANAS <input type="checkbox"/> SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO	NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZA Consulta el estatus e histórico de las incapacidades de tus trabajadores desde el Escritorio Virtual http://www.imss.gob.mx/derechoH/escritorio-virtual#patrones
NÚMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA) cero				NÚMERO 0	COPIA PATRÓN	

Evidencia del inciso "A" Licencia de Maternidad de un personal.



SECRETARÍA DE SEGURIDAD PÚBLICA DEL ESTADO DE OAXACA
CENTRO DE CONTROL, COMANDO Y COMUNICACIÓN C4
EVIDENCIA



Directiva 3.2.2 Programa de Permisos de Ausencia



"2021, AÑO DEL RECONOCIMIENTO AL PERSONAL DE SALUD, POR LA LUCHA CONTRA EL VIRUS SARS-Cov2, COVID-19"

Sección: Enlace Administrativo de la SIDI
Número de oficio: SSP/SIDI/EA/146/2021.
Asunto: Día Festivo

Oaxaca de Juárez, Oaxaca, 13 de septiembre del 2021.

DIRECTORES GENERALES,
DIRECTORES, COORDINADORES,
JEFES DE DEPARTAMENTO, ENCARGADOS DE PROGRAMAS,
ENCARGADOS DE LOS C2 DE LA SIDI.
PRESENTE.

En atención a la circular SSP/OMDRH/022/2021 suscrita por la Mtra Zory Marystel Ziga Martínez Oficial Mayor, donde se informa que *"derivado del contenido en el ART. 95 FRACCIÓN V de la Normatividad en Materia de Recursos Humanos para las dependencias y entidades de la administración pública, por instrucciones de la Secretaría de Administración se informa que a consideración del titular de cada área, la salida del personal de contrato confianza el día 15 de Septiembre será a partir de las 13:00 horas, así mismo se informa que el 16 de Septiembre del presente se autoriza como descanso oficial... Respecto a Mandos Medios y Superiores quedarán a instrucciones de su jefe superior jerárquico, por lo que queda a consideración la implementación de guardias, derivado de la carga de trabajo generada en cada unidad ejecutora."*

Derivado de lo anterior solicito envíe su relación de guardias a este Enlace Administrativo, con los siguientes datos:

Área:	Nombre:	Extensión:
-------	---------	------------

Sin otro asunto en particular, aprovecho la ocasión para enviarles un cordial saludo.

RESPECTUOSAMENTE

ING. LIANNY MADAY HERNÁNDEZ FELIPE
ENLACE ADMINISTRATIVO DE LA SIDI.

221



Enlace Administrativo de la SIDI
Prolongación de Xicotencatl Núm. 1031. Col. Elíseo
Jiménez Ruiz. Oaxaca de Juárez Oaxaca. C. P. 68120
Tel (951) 50 1 50 45 Ext. 10281

Evidencia del inciso "B" Día festivo y establecimiento de rol de guardias del personal.



SECRETARÍA DE SEGURIDAD PÚBLICA DEL ESTADO DE OAXACA
CENTRO DE CONTROL, COMANDO Y COMUNICACIÓN C4
EVIDENCIA



Directiva 3.2.2 Programa de Permisos de Ausencia

UNIDAD MÉDICA EXPEDIDORA HGZ. Nol		NIVEL ATENCIÓN <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	DELEG./UMAE 21 OAX	CERTIFICADO DE INCAPACIDAD SERIE MF 046357	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DÍGITO VERIFICADOR 79988001273	
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN 39	DELEGACIÓN DE ADSCRIPCIÓN 21	NOMBRE DEL (LOS) PATRÓN(ES) Seguridad Pública		PUESTO DE TRABAJO Policia estatal		C.U.R.P.
INICIAL <input type="checkbox"/>	SUBS. <input checked="" type="checkbox"/>	RECAIDA <input type="checkbox"/>	DÍAS AUTORIZADOS (LETRA) Veinticuatro		NÚMERO 24	A PARTIR DEL DÍA MES AÑO 23 04 2021
RAMO DE SEGURO	RIESGO DE TRABAJO	ENFERMEDAD	MATERNIDAD	CONTROL PRENATAL	EXPEDIDO EL	DÍA MES AÑO 26 04 2021
PROBABLE RIESGO DE TRABAJO <input type="checkbox"/>		INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS			DÍAS ACUMULADOS DE INCAPACIDAD 112	
<ul style="list-style-type: none">El asegurado a quien se entregó copia de este documento se encuentra incapacitado para trabajar a partir de la fecha y durante el periodo que se indican en este duplicado.Si el asegurado regresara a sus labores antes de la terminación del periodo de incapacidad señalado en este documento, el patrón deberá avisar inmediatamente y por escrito a Prestaciones Económicas del Instituto, para que éste efectúe los ajustes que procedan en el pago del subsidio.Si la empresa le permite al trabajador laborar encontrándose incapacitado por accidente o enfermedad de trabajo o enfermedad general y sufre un accidente, éste deberá ser considerado como riesgo de trabajo.En caso de estar marcado como "riesgo de trabajo" o "probable riesgo", deberá entregar al servicio de Salud en el Trabajo el Formato ST-7 y/o ST-9, según corresponda, debidamente llenado.						TRANSFERENCIA DE SEMANAS <input type="checkbox"/> SÍ <input checked="" type="checkbox"/> NO
NÚMERO DE SEMANAS TRANSFERIDAS (LETRA)			NÚMERO			
NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE AUTORIZA Jose Anselmo Hernández González <i>Ortopedia y Traumatología</i> 8414911311 MATRICULA						
CONSULTA EL ESTATUS E HISTÓRICO DE LAS INCAPACIDADES DE TUS TRABAJADORES DESDE EL ESCRITORIO VIRTUAL http://www.imss.gob.mx/derechoH/escritorio-virtual#patrones						
COPIA PATRÓN						

Evidencia del inciso "C" Permiso por enfermedad de un personal.



SECRETARÍA DE SEGURIDAD PÚBLICA DEL ESTADO DE OAXACA
CENTRO DE CONTROL, COMANDO Y COMUNICACIÓN C4
EVIDENCIA



Directiva 3.2.2 Programa de Permisos de Ausencia



SUBSECRETARÍA DE INFORMACIÓN Y DESARROLLO INSTITUCIONAL

DIRECCIÓN GENERAL DEL CENTRO DE CONTROL, COMANDO Y
COMUNICACIÓN

COORDINACIÓN DE DENUNCIA CIUDADANA Y DESPACHO DE EMERGENCIAS



SOLICITUD DE PERMISO/AUSENCIA

FECHA DE SOLICITUD: 29-01-2021
 NOMBRE DEL SOLICITANTE: GABRIELA GONZALEZ JIMÉNEZ
 DURACIÓN DEL PERMISO: UNA SEMANA
 FECHA DE PERMISO: 01 - 02- 2021 AL 05-02-2021

FIRMA DEL SOLICITANTE

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE
TURNO


GABRIELA GONZÁLEZ JIMÉNEZ

AUTORIZA

C. VERÓNICA RODRÍGUEZ PÉREZ
COORDINADORA DE DENUNCIA CIUDADANA
Y DESPACHO DE EMERGENCIAS


DIRECCIÓN GENERAL
DEL CENTRO DE CONTROL,
COMANDO Y COMUNICACIÓN
DIRECCIÓN DEL CENTRO
ESTATAL DE EMERGENCIAS
MTRO. FRANCISCO DE JESUS FERIA SILVA
DIRECTOR DEL CENTRO ESTATAL DE
EMERGENCIAS

*TODO PERMISO DEBERÁ SOLICITARSE POR LO MENOS CON 48 HRS. DE ANTICIPACIÓN

Evidencia del inciso "D" Permiso por petición escrita del empleado.



SECRETARÍA DE SEGURIDAD PÚBLICA DEL ESTADO DE OAXACA
CENTRO DE CONTROL, COMANDO Y COMUNICACIÓN C4
EVIDENCIA



Directiva 3.2.2 Programa de Permisos de Ausencia



Secretaría de Seguridad
Pública de Oaxaca

"2021, AÑO DEL RECONOCIMIENTO AL PERSONAL DE SALUD, POR LA LUCHA CONTRA EL VIRUS SARS-CoV2, COVID-19"

Sección: Dirección General del Centro de Control, Comando y Comunicación
Centro Estatal de Emergencias

Número de tarjeta: SSP/SIDI/DGCCCC/DCEE/122/2021

Asunto: Vacaciones Primer Semestre

Oaxaca de Juárez, Oaxaca, a 24 de mayo de 2021.

Para: Lic. Delia Guadalupe Martínez Cruz
Enlace Administrativo

C.c.p.: Ing. Enrique Ceballos Aradillas
Director General del Centro de
Control, Comando y Comunicación

De: Mtro. Francisco de Jesús Feria Silva
Director del Centro Estatal de Emergencias

En atención a la circular No. SSP/OM/DRH/006/2021, emitida por el Director de Recursos Humanos de Oficialía Mayor, me permito remitir a usted, el listado de las fechas de los periodos vacacionales correspondientes al primer semestre del año en curso, del personal adscrito al Centro Estatal de Emergencias, que está contratado bajo la modalidad de Contrato Confianza.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

Atentamente

Mtro. Francisco de Jesús Feria Silva
Director del Centro Estatal de Emergencias



DIRECCIÓN GENERAL
DEL CENTRO DE CONTROL
COMANDO Y COMUNICACIÓN
DIRECCIÓN DEL CENTRO
ESTATAL DE EMERGENCIAS

Subsecretaría de Información y Desarrollo Institucional
Calle Prolongación de Xicoténcatl 1031
Oaxaca de Juárez, Oaxaca, C.P. 68120
Tel. 5015045, Ext. 10103 y 10237

DIRECCIÓN DEL CENTRO ESTATAL DE EMERGENCIAS

PRIMER PERIODO
DEL 01 AL 14 DE JUNIO 2021

NUM.	NOMBRE	CARGO	MODALIDAD DE CONTRATO
1	Pablo Alberto Avendaño Cortes	Operador Telefónico 089	CONTRATO CONFIANZA
2	Maribel Cervantes Torres	Operador Telefónico 9-1-1	CONTRATO CONFIANZA
3	Alexis Manuel Trujillo José	Operador Telefónico 089	CONTRATO CONFIANZA
4	Rubén Fuentes Ramírez	Operador Telefónico 9-1-1 C2 Istmo.	CONTRATO CONFIANZA

SEGUNDO PERIODO
DEL 17 AL 30 DE JUNIO DEL AÑO 2021

1	Bianca Estela Durán Rodríguez	Operador Telefónico 9-1-1	CONTRATO CONFIANZA
2	Sarahi García Osorio	Encargada C2 Costa.	CONTRATO CONFIANZA
3	Hernández Pérez Luis Adolfo	Operador Telefónico 089	CONTRATO CONFIANZA
4	María Guadalupe González Osorio	Operador Telefónico 089	CONTRATO CONFIANZA
5	Rosa Marcela Maldonado Monterrosa	Operadora Telefónica 9-1-1 C2 Mixteca	CONTRATO CONFIANZA

TERCER PERIODO
DEL 01 AL 14 DE JULIO DEL AÑO 2021

1	Gabriela González Jiménez	Supervisor CALLE	CONTRATO CONFIANZA
2	Daniela Hernández Pérez	Operador Telefónico 9-1-1	CONTRATO CONFIANZA
3	Uri Martínez Jarquín	Operador Telefónico 9-1-1	CONTRATO CONFIANZA
4	Misael Lucas Vicente	Operador Telefónico 9-1-1	CONTRATO CONFIANZA
5	Yareni Rocío Escalante Lavariega	Operador Telefónico 089	CONTRATO CONFIANZA

CUARTO PERIODO
DEL 19 AL 30 DE JULIO DEL AÑO 2021

1	Francisco Javier Cruz Espinoza	Supervisor CALLE	CONTRATO CONFIANZA
2	Laura Edith Martínez Ortiz	Operador Telefónico 9-1-1	CONTRATO CONFIANZA
3	Jesús Francisco García Mendoza	Operador Telefónico 9-1-1	CONTRATO CONFIANZA
4	Nallely Martínez Bonifacio	Operador Telefónico 9-1-1	CONTRATO CONFIANZA
5	Erika Yazmin Ríos Rojas	Operador Telefónico 089	CONTRATO CONFIANZA
6	Marlene Martínez Vásquez	Operador Telefónico 089	CONTRATO CONFIANZA

Recibi
24.05.2021
15:16
Luz

Evidencia del inciso "E" Vacaciones del personal.