

CATÁLOGO DE TRÁMITES Y SERVICIOS

H. AYUNTAMIENTO DE AXTLA DE TERRAZAS, S.L.P.

ADMINISTRACIÓN 2021-2024

NOMBRE DEL TRÁMITE O SERVICIO		CLASIFICACIÓN	
GESTIÓN		TRÁMITE	SERVICIO
			X
DESCRIPCIÓN/OBJETIVO		ÁREA EN LA QUE SE REALIZA EL TRÁMITE O SERVICIO	
BRINDAR LA GESTIÓN EN TIEMPO Y FORMA DE ALGUNA SOLICITUD DIRIGIDA A ESTE DEPARTAMENTO. (EJEMPLO SOLICITUD DE EMPLEO)		DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS CALLE 5 DE MAYO No. 15, ZONA CENTRO, C.P. 79930 TELÉFONO: 489 36 10684 CORREO ELECTRÓNICO: recursos.humanosaxtla@gmail.com	
USUARIOS		HORARIO DE ATENCIÓN	
CUALQUIER CIUDADANO(A) QUE TENGA UNA SOLICITUD DIRIGIDA A ESTA AREA.		LUNES A VIERNES DE 8:00 A 15:00 HRS.	
FUNDAMENTO JURÍDICO		MODALIDAD	
NO APLICA.		PRESENCIAL	EN LÍNEA
		X	
TIEMPO DE RESPUESTA	COSTO	LUGAR PARA EFECTUAR PAGO	VIGENCIA
INDEFINIDO	GRATUITO	NO REQUIERE PAGO	SIN VIGENCIA
REQUISITOS Y DOCUMENTOS REQUERIDOS			
PRESENTAR OFICIO POR ESCRITO DE LA SOLICITUD DESEADA. PRESENTAR SOLICITUD POR ESCRITO DE EMPLEO CON COPIA DE DOCUMENTOS PERSONALES.			
ÁREA DE ATENCIÓN A QUEJAS, ACLARACIONES O DENUNCIAS			
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS.			
NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN		Vo. Bo.	
L.A.E. NICOLÁS POZOS GARCIA DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS		ING. GREGORIO CRUZ MARTÍNEZ PRESIDENTE MUNICIPAL CONSTITUCIONAL	

+52 489 361 0684
+52 489 3610004

www.axtladeterrazas-slp.gob.mx
info@axtladeterrazas-slp.gob.mx

5 de Mayo #15, ZC CP 79932
Axtla de Terrazas, S.L.P., MX



SOLICITUD DE EMPLEO

Puesto solicitado	Fecha
Favor de llenar esta solicitud con letra de molde Nota: La información aquí proporcionada será tratada confidencialmente	Sueldo Mensual Deseado
	Sueldo Mensual Autorizado

DATOS PERSONALES					
Apellido Paterno		Apellido Materno		Edad	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Domicilio (calle y número)		Colonia		Teléfono (celular)	
Municipio		Código postal		Correo electrónico	
Vive con Padres <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Parientes <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/>		Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento	
Personas que dependen de usted Hijos <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Conyugue <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>		Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado Otro _____			

DOCUMENTACIÓN			
Reg. Fed. de Contribuyentes		Clave Única de Registro de Población (CURP)	
		Click here to enter text.	
Número de Seguridad Social	AFORE	Pasaporte Núm.	Cartilla Militar Núm.
Licencia de manejo	Tipo y Núm Licencia	Si es extranjero cuenta que documento le permite laborar en el país	

ESTADO DE SALUD Y HÁBITOS PERSONALES		
¿Cómo considera su estado de salud actual?	¿Padece alguna enfermedad crónica? ¿Cuál?	¿Pertenece a algún Club Social o Deportivo?
¿Practica Ud. algún Deporte?	¿Cuál es su pasatiempo favorito?	¿Cuál es su meta en la vida?

DATOS FAMILIARES				
NOMBRE	VIVE	FINADO	DOMICILIO	OCUPACIÓN
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Nombre, edades y ocupación de los hijos				

ESCOLARIDAD					
NOMBRE DE LA ESCUELA	DOMICILIO	FECHAS		AÑOS	Recibió título o certificado
		DE	A		
Primaria					
Secundaria o Prevocacional					
Preparatoria o Vocacional					
Profesional					
Comercial u Otras					
Estudios que está efectuando en la actualidad :					
Escuel	Horario	Curso o Carrera		Grado	