

PROFESIONALIZACIÓN

Requisitos para profesionalización	
REQUISITOS	
01	Ser personal de base transferido con el nivel y el código de puesto autorizado a la rama de salud correspondiente a enfermería, trabajo social y de terapia física y rehabilitación de en servicio activo, con plaza presupuestal de carácter permanente autorizadas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
02	Acreditar una antigüedad mínima de dos años en la plaza actual con el nivel y el código de puesto funcional aplicable, contados a partir de la fecha de publicación de la convocatoria.
03	Desempeñar efectivamente las funciones inherentes al nivel y el código de puesto que ostenta.
04	Haber obtenido el título, certificado o grado académico y cédula profesional correspondientes adquiridos al menos un año posterior a su fecha de ingreso al sector salud, expedidos por una institución con reconocimiento oficial de la Secretaría de Educación Pública.
05	Cumplir con los demás requisitos y documentación que se establezcan en la convocatoria correspondiente.
DOCUMENTACIÓN	
01	Identificación oficial vigente con fotografía (INE, pasaporte o cartilla militar).
02	Título, certificado o grado académico, así como la cédula profesional de nivel licenciatura, especialidad, maestría o doctorado, que acredite el perfil requerido para la promoción solicitada, de conformidad con el catálogo sectorial de puestos vigente.
03	Constancia laboral firmada en tinta azul por el encargado o titular de la Jefatura de Servicios Administrativos y Finanzas, o en su caso, por el titular o encargado del Departamento de Personal o su equivalente, dicho documento contendrá al calce la firma autógrafa del responsable en donde está adscrita la persona trabajadora solicitante y deberá contener la siguiente leyenda escrita de puño y letra del responsable, como se muestra a continuación:



El C. (nombre del responsable), en mi carácter de responsable (nombre del área donde está adscrito el solicitante) informo que el C. (nombre del personal aspirante), desempeña sus funciones inherentes al puesto denominado (colocar el nivel y el código y nombre del puesto) a partir de (colocar fecha de inicio de la vigencia de la contratación), lo que se asienta para los efectos conducentes, adjuntando documento que demuestra la fecha a partir de la cual ocupa el puesto.

Para tal efecto, el personal aspirante deberá solicitar la emisión de la constancia laboral en el que se manifieste las funciones aplicables al Programa, en el área de Recursos Humanos de la Unidad Médica u Hospitalaria de adscripción a efecto de que esta elabore el referido documento conforme a las características indicadas y la envíe a la Coordinación Estatal correspondiente para su validación y firma.



Formato Constancia Laboral

_____ a, _____ de _____ del _____

ASUNTO: CONSTANCIA LABORAL

De conformidad con los registros que obran en el expediente personal
del **C.**

_____, el cual está bajo resguardo de unidad médica u
hospitalaria de adscripción; se encontraron los siguientes datos:

1. CARÁCTER DE NOMBRAMIENTO:	
2. CLAVE PRESUPUESTAL:	
3. CÓDIGO FEDERAL DE PUESTO:	
4. CÓDIGO DEL PUESTO:	
5. DESCRIPCIÓN DEL PUESTO:	
6. ÁREA DE ADSCRIPCIÓN:	
7. CLAVE ÚNICA DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD:	
8. PERCEPCIÓN MENSUAL BRUTA:	
9. INICIO DE VIGENCIA EN LA PLAZA CON LA CUAL SE ESTÁ CONCURSANDO:	
10. RFC:	
11. CURP:	
12. JORNADA DE TRABAJO:	
13. VIGENCIA DEL MOVIMIENTO:	

La información anterior se emite con fundamento en los registros administrativos que se encuentran bajo resguardo de esta Coordinación, quedando esta obligada respecto de la veracidad y autenticidad de los datos proporcionados, en el ámbito de sus atribuciones y con base en la documentación obrante en los expedientes institucionales.

Se extiende la presente constancia a petición de parte interesada para los fines legales y administrativos que correspondan.

ATENTAMENTE

Tel: _____



LEYENDA ESCRITA DEL DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

El formato anterior, deberá contener, al calce, la firma autógrafa del responsable de recursos humanos de donde está adscrita la persona trabajadora solicitante y deberá contener la siguiente leyenda escrita de puño y letra del responsable:



A quien corresponda:

El C. _____, en mi carácter de responsable _____

Informo que el C. _____ desempeña sus funciones inherentes al puesto denominado a partir de _____, lo que se asienta para los efectos conducentes, adjuntando documento que demuestra la fecha a partir de la cual ocupa el puesto.

Firma de Recursos Humanos de la Unidad Médica.