

DICTAMEN DE COMPATIBILIDAD (ESTÍMULO MTRO. ALTAMIRANO PROMOCIÓN 2022)

En _____ Jalisco, a los ____ días del mes de _____ del año 20____.

Con el propósito de dar cumplimiento a LA BASE DÉCIMA TERCERA, INCISO F) de la convocatoria de Promoción para obtener el premio Mtro. Altamirano por 40 años de servicio docente, y de acuerdo a los Criterios en materia de compatibilidad de plazas o puestos docentes y con funciones de Dirección o supervisión, así como de asesoría técnica pedagógica. Tengo pleno conocimiento que, -----

Primero. Para efectos de compatibilidad en empleo, cargo, comisión o contrato exclusivos de docencia en el sector educativo se deberá observar los siguientes límites máximos: I. Hasta cuarenta y dos horas semanales, si dichas actividades o funciones son frente a grupo en diversas plazas, en uno o varios planteles o escuelas, y II. Hasta cuarenta y ocho horas semanales, si tales actividades o funciones docentes están referidas a las categorías directiva o de supervisión. -----

Segundo. El cómputo de horas, en actividades docentes, se registrará conforme a: I. Las establecidas en los nombramientos y las claves de cobro, respectivamente. -----

Por las razones antes mencionadas, El (la) Suscrito (a) C. _____, con Clave Única de Registro de Población (CURP) _____, quien se identifica en este acto con: _____

(documento del cual se anexa copia) quien siguió diciendo: bajo protesta de decir verdad manifiesto que no me encuentro disfrutando de licencia con o sin goce de sueldo en diverso, empleo cargo o comisión, que hasta esta fecha cuento con la (s) siguiente (s) clave (s) presupuestales en los centros de trabajo y con los horarios que se describen en la Constancia de Labores Docentes que en este acto presento de manera física y la (s) que fue (ron) emitida (s) por mi (s) superior (es) jerárquico (s) titular (es) de la Escuela (s)

_____, con clave (s) de centro de trabajo _____ realizadas, durante el **periodo 2021**; documento del cual dejo copias simples para su cotejo.

Por lo anterior y con fundamento en lo dispuesto por los artículos 3, 7 fracción VIII, 104, 105, 106 del Reglamento Interno de la Secretaría de Educación del Estado de Jalisco, el suscrito: _____, en mi carácter de Delegado Regional de la Delegación Regional o Director (a) de la Dirección de Planeación de Recursos Humanos de la Secretaría de Educación de _____, de acuerdo a los Criterios en materia de compatibilidad de plazas o puestos docentes y con funciones de Dirección o supervisión, así como de asesoría técnica pedagógica, *"una vez Otorgada una autorización de compatibilidad al personal docente, esta surtirá efectos hasta en tanto no cambie el número de horas autorizado, los horarios asignados y el lugar de adscripción de cada empleo, cargo, comisión o contrato"*.

En la (s) constancia (s) de servicio agregadas al presente y que fueron emitidas por el titular del centro de trabajo para el cual labora el participante se desprende que labora para esta Secretaría de Educación del Estado de Jalisco:

a).- En el centro de trabajo: _____

b).- Con domicilio en: _____

c).- Dentro del horario de: _____

d).- En la categoría de: _____

Por consiguiente y en base a la información proporcionada, así como a la información recabada por esta oficina, el empleo que con el que cuenta el Servidor Público C. _____ y al premio que pretende aspirar en razón de la (CONDECORACION MTRO. ALTAMIRANO PROMOCION 2022) (SI) (NO) son compatibles entre sí.

C. _____
Vo. Bo. Delegado Regional Y/o Área de Administración de Personal
(Nombre, Firma y sello)
C. _____
REVISÓ (Nombre y Firma)
C. _____
Nombre y Firma del Participante

NOTA: La presente compatibilidad solo surtirá efectos hasta en tanto no cambien las condiciones de cada empleo, cargo o comisión o contrato en que fue autorizada. Y es única y exclusivamente para los empleos realizados en Secretaría de Educación Jalisco; en caso de detectarse que cuenta con uno o más empleos en diversa dependencia, estará sujeto a las reglas de la Ley de Compatibilidades de los Servidores Públicos del Estado de Jalisco.

C. _____
Nombre y Firma del Participante

C. _____
REVISÓ (Nombre y Firma)

C. _____
Vo. Bo. Delegado Regional Y/O Área de Administración de Personal de la SEJ.
Nombre, Firma y Sello.