

CATÁLOGO DE SERVICIOS
H. AYUNTAMIENTO DE AXTLA DE TERRAZAS, S.L.P.
ADMINISTRACIÓN 2021-2024

NOMBRE DEL TRÁMITE O SERVICIO		CLASIFICACIÓN	
Solicitudes de empleo		TRÁMITE	SERVICIO
			X
DESCRIPCIÓN/OBJETIVO		ÁREA EN LA QUE SE REALIZA EL TRÁMITE O SERVICIO	
BRINDAR UN EMPLEO A LA CIUDADANIA.		RECURSOS HUMANOS CALLE 5 DE MAYO No. 15, ZONA CENTRO, C.P. 79930 TELÉFONO: 489 36 10684 CORREO ELECTRÓNICO: recursos.humanos@axtladeterrazas-slp.gob.mx	
USUARIOS		HORARIO DE ATENCIÓN	
PARA UN ASPIRANTE SE POSTULE A UN PUESTO DE TRABAJO QUE SE REQUIERA EN ESTE H. AYUNTAMIENTO.		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 SOLICITUD DE EMPLEO (POR ESCRITO)			
ÁREA DE ATENCIÓN A QUEJAS, ACLARACIONES O DENUNCIAS			
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	

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		Teléfono (celular)	
Municipio		Código postal	
Lugar de Nacimiento		Nacionalidad	
Correo electrónico			
Vive con Padres <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Parientes <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/>		Fecha de Nacimiento	
Estatura		Peso	
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	