

NOTIFICACIÓN DE MOVIMIENTOS EN EL
CATÁLOGO DE CENTROS DE TRABAJO (CCT)

FORMA CCT-NM (versión 2016.01)

FOLIO: 2024-

INSTRUCCIONES GENERALES

Este formato deberá ser llenado por el responsable del centro de trabajo (CT), área educativa o administrativa; además, si el movimiento es alta o cambio de domicilio se anexará el croquis de ubicación del inmueble; si es particular se proporcionará copia de los acuerdos de incorporación de estudios. Esta documentación se entregará al Departamento de Estadística de la Dirección de Planeación Educativa del Organismo Responsable de la Educación en el Estado (OREE), quien devolverá copia del formato como comprobante del trámite. Si el movimiento procede, el solicitante recibirá notificación en un plazo no mayor de 15 días hábiles.

El Departamento de Estadística recabará las firmas y sellos del Director de Planeación Educativa. Si el centro de trabajo es federal transferido, llevará el visto bueno del jefe del Departamento de Programación y Presupuesto; si es particular, la del jefe del Departamento de Incorporación y Revalidación; los demás casos, la del jefe del Departamento de Estadística. Sin los sellos y las firmas del solicitante y de las autoridades el formato no tendrá validez oficial.

NO escriba en las áreas sombreadas

I. FECHA DE:

SOLICITUD

ACTUALIZACIÓN

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
AÑO	MES	DÍA

II. TIPO DE MOVIMIENTO

Marque con una X el cuadro correspondiente, excepto en el campo del motivo de la clausura.

ALTA	<input type="checkbox"/>	REAPERTURA	<input type="checkbox"/>
CAMBIO DE ATRIBUTOS	<input type="checkbox"/>	LATENCIA	<input type="checkbox"/>
CLAUSURA*	<input type="checkbox"/>	REACTIVAR LATENCIA	<input type="checkbox"/>

III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Si es solicitud de "alta", no escriba la clave del centro de trabajo (CT).

Marque con X una o más casillas del turno según sea la situación del centro de trabajo

CLAVE DEL CT	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	MATUTINO	<input type="checkbox"/>	VESPERTINO	<input type="checkbox"/>	NOCTURNO	CLAVE
	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	DISCONTINUO	<input type="checkbox"/>	CONTINUO	<input type="checkbox"/>	COMPLEMENTARIO	

NOMBRE DEL CT

VIALIDADES: TIPO DE VIALIDAD NOMBRE DE LA VIALIDAD

PRINCIPAL

NÚM. EXT. NÚM. INT.

DERECHA

IZQUIERDA

POSTERIOR

MUNICIPIO

LOCALIDAD

ASENTAMIENTO

TELÉFONO(S)	1.- <input type="text"/>	EXTENSIONES	1.- <input type="text"/>	CELULARES	1.- <input type="text"/>
	2.- <input type="text"/>		2.- <input type="text"/>		2.- <input type="text"/>
	3.- <input type="text"/>		3.- <input type="text"/>		3.- <input type="text"/>

CORREO(S)

ELECTRÓNICO(S)

PÁGINA(S) WEB

ZONA ESCOLAR	NÚM. <input type="text"/>	JEFATURA DE SECTOR	NÚM. <input type="text"/>	SUPERVISIÓN DE ZONA DE EDUCACIÓN FÍSICA	NÚM. <input type="text"/>
	C.C.T. <input type="text"/>		C.C.T. <input type="text"/>		C.C.T. <input type="text"/>

SERVICIO REGIONAL	NÚM. <input type="text"/>	ALMACÉN DE LIBROS DE TEXTO	NÚM. <input type="text"/>	CLAVE DE LA INSTITUCIÓN RECTORA	NÚM. <input type="text"/>
	C.C.T. <input type="text"/>		C.C.T. <input type="text"/>		C.C.T. <input type="text"/>

DEPENDENCIA NORMATIVA

SERVICIO

SOSTENIMIENTO

FECHA DE FUNDACIÓN	AÑO <input type="text"/>	MES <input type="text"/>	DÍA <input type="text"/>	* MOTIVO DE LA CLAUSURA Especifique las claves de CT donde se radicaron los recursos presupuestales (sección exclusiva para escuelas públicas federales y federales transferidas)	1.- <input type="text"/>	3.- <input type="text"/>
					2.- <input type="text"/>	4.- <input type="text"/>

NOMBRE DEL DIRECTOR O RESPONSABLE DEL CT

NOMBRE	APELLIDO 1	APELLIDO 2
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

RFC HOMONIMIA CURP

SI EL CT CORRESPONDE A UNA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA, DEFINA SI PARTICIPA EN EL PROGRAMA DE: TIEMPO COMPLETO JORNADA AMPLIADA

NOTIFICACIÓN DE MOVIMIENTOS EN EL
CATÁLOGO DE CENTROS DE TRABAJO (CCT)

FORMA CCT-NM (versión 2016.01)

FOLIO: 2024-

CLAVE DEL C.T.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IV. INFORMACIÓN CARTOGRÁFICA

CARTA TOPOGRÁFICA

AGEB

LONGITUD

LATITUD

ALTITUD

V. DATOS BÁSICOS DEL INMUEBLE (Escriba una X en el lugar correspondiente. Sección exclusiva para planteles)

1. ¿ Se construyó el inmueble para uso educativo? Sí No
2. ¿El inmueble es de nueva creación? Sí No
3. El inmueble es: Propio Prestado Rentado
4. ¿El plantel comparte el inmueble con otro plantel? * Sí No

* Especifique la(s) clave(s) del (los) centro(s) de trabajo que labora(n) en el inmueble:

1.	<input type="text"/>	7.	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	8.	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	9.	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	10.	<input type="text"/>
5.	<input type="text"/>	11.	<input type="text"/>
6.	<input type="text"/>	12.	<input type="text"/>

VI. INCORPORACIONES (AUTORIZACIÓN O RECONOCIMIENTO DE ESTUDIOS)

Esta sección es exclusiva para escuelas particulares.

¹ TIPOS DE INCORPORACIÓN:

- 1.- Autorización de la SEP (Federal)
- 2.- Autorización del Estado (Estatal)
- 3.- Autorización del Estado (Federal transferido)
- 4.- Reconocimiento de la SEP (Federal)
- 5.- REVOE del estado (Estatal)
- 6.- REVOE del estado (federal transferida)
- 7.- Reconocimiento autónomo
- 8.- No incorporada o sin reconocimiento

² TIPOS DE MODALIDAD:

- 1.- Escolarizada
- 2.- Mixta
- 3.- No escolarizada (incluye en línea)

MARQUE CON UNA X

TIPO ¹	NÚMERO DE AUTORIZACIÓN O RECONOCIMIENTO DE ESTUDIOS	FECHA DEL ACUERDO (Año, mes y día)	AÑO DEL PLAN O PROGRAMA DE ESTUDIOS	MODALIDAD ²		MARQUE CON UNA X				
				DURACIÓN	DURACIÓN	AÑO(S)	SEMESTRE(S)	CUATRIMESTRE(S)	TRIMESTRE(S)	OTRO
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										

NOMBRE DEL PLAN O PROGRAMA DE ESTUDIO

VIII. OBSERVACIONES

IX. DATOS DEL SOLICITANTE

PUESTO

NOMBRE Y FIRMA

SELLO

X. AUTORIZACIÓN DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN EN EL ESTADO DE NUEVO LEÓN

Vo. Bo.
DIRECTOR DE PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTO

C.P. CARLOS ALFREDO MACÍAS GARCÍA

NOMBRE Y FIRMA

SELLO

NOMBRE Y FIRMA

SELLO

NOTIFICACIÓN DE MOVIMIENTOS EN EL
CATÁLOGO DE CENTROS DE TRABAJO (CCT)

FORMA CCT-NM (versión 2016.01)

FOLIO: 2024-

CLAVE DEL C.T.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CROQUIS DE LA UBICACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO (ANEXAR SOLO CUANDO SE TRATE DE ALTAS O CAMBIOS DE DOMICILIOS)

