

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

AÑO MES DÍA

II. TIPO DE MOVIMIENTO

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

ALTA

REAPERTURA

CAMBIO DE ATRIBUTOS

LATENCIA

CLAUSURA\*

REACTIVAR LATENCIA

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

TURNO

MATUTINO

VESPERTINO

NOCTURNO

CLAVE

DISCONTINUO

CONTINUO

COMPLEMENTARIO

CLAVE DEL CT

NOMBRE DEL CT

VIALIDADES:

TIPO DE VIALIDAD

NOMBRE DE LA VIALIDAD

PRINCIPAL

NÚM. EXT.

NÚM. INT.

DERECHA

IZQUIERDA

C.P.

POSTERIOR

MUNICIPIO

LOCALIDAD

ASENTAMIENTO

TELÉFONO(S)

1.-

EXTENSIONES

1.-

CELULARES

1.-

2.-

2.-

2.-

3.-

3.-

3.-

CORREO(S)

ELECTRÓNICO(S)

PÁGINA(S) WEB

ZONA

NÚM.

JEFATURA

NÚM.

SUPERVISIÓN DE ZONA DE

NÚM.

ESCOLAR

C.C.T.

DE SECTOR

C.C.T.

EDUCACIÓN FÍSICA

C.C.T.

SERVICIO

NÚM.

ALMACÉN

NÚM.

CLAVE DE LA INSTITUCIÓN

C.C.T.

REGIONAL

C.C.T.

DE LIBROS

C.C.T.

RECTORA

C.C.T.

DEPENDENCIA

NORMATIVA

SERVICIO

SOSTENIMIENTO

FECHA DE

FUNDACIÓN

\* MOTIVO DE LA CLAUSURA

Especifique las claves de CT donde se radicaron los

recursos presupuestales (sección exclusiva para

escuelas públicas federales y federales transferidas)

NOMBRE DEL

DIRECTOR O

RESPONSABLE DEL

CT

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.

<sup>1</sup>- TIPOS DE INCORPORACIÓN:

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

<sup>2</sup>- TIPOS DE MODALIDAD:

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

TIPO <sup>1</sup>	NÚMERO DE AUTORIZACIÓN O RECONOCIMIENTO DE ESTUDIOS	FECHA DEL ACUERDO (Año, mes y día)	AÑO DEL PLAN O PROGRAMA DE ESTUDIOS	MODALIDAD <sup>2</sup>	MARQUE CON UNA X					
					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

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

VIII. OBSERVACIONES

IX. DATOS DEL SOLICITANTE

PUESTO

NOMBRE Y FIRMA

SELLO

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

ENCARGADO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y COORDINACIÓN EDUCATIVA

LIC. FRANCISCO CASTRO BENÍTEZ

NOMBRE Y FIRMA

SELLO

Vo. Bo.

DIRECTOR DE PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTO

C.P. CARLOS ALFREDO MACÍAS GARCÍA

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)

