

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

FORMA CCT-NM (versión 2016.01)

FOLIO: 2020-

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

CLAVE DEL CT

NOMBRE DEL CT

VIALIDADES: TIPO DE VIALIDAD NOMBRE DE LA VIALIDAD

PRINCIPAL

NÚM. EXT.

DERECHA

IZQUIERDA

POSTERIOR

MUNICIPIO

LOCALIDAD

ASENTAMIENTO

LADA TELÉFONO(S) 1.- EXTENSIONES 1.- CELULARES 1.-

2.- 2.- 2.-

3.- 3.- 3.-

CORREO(S) ELECTRÓNICO(S)

PÁGINA(S) WEB

ZONA ESCOLAR NÚM. C.C.T.

JEFATURA DE SECTOR NÚM. C.C.T.

SUPERVISIÓN DE ZONA DE EDUCACIÓN FÍSICA NÚM. C.C.T.

SERVICIO REGIONAL NÚM. C.C.T.

ALMACÉN DE LIBROS DE TEXTO NÚM. C.C.T.

CLAVE DE LA INSTITUCIÓN RECTORA NÚM. C.C.T.

DEPENDENCIA NORMATIVA

SERVICIO

SOSTENIMIENTO

FECHA DE FUNDACIÓN AÑO MES DÍA

*** 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.- 3.-

2.- 4.-

NOMBRE DEL DIRECTOR O RESPONSABLE DEL CT NOMBRE APELLIDO 1 APELLIDO 2

RFC HOMONIMIA CURP

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

