

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

MATUTINO

VESPERTINO

NOCTURNO

CLAVE

DISCONTINUO

CONTINUO

COMPLEMENTARIO

CLAVE DEL CT

NOMBRE DEL CT

VIALIDADES:

TIPO DE VIALIDAD

NOMBRE DE LA VIALIDAD

PRINCIPAL

NÚM. EXT.

DERECHA

IZQUIERDA

POSTERIOR

C.P.

MUNICIPIO

LOCALIDAD

ASENTAMIENTO

LADA

TELÉFONO(S)

1.-

2.-

3.-

EXTENSIONES

1.-

2.-

3.-

CELULARES

1.-

2.-

3.-

CORREO(S)

ELECTRÓNICO(S)

PÁGINA(S) WEB

ZONA

NÚM.

NÚM.

SUPERVISIÓN DE ZONA DE

NÚM.

ESCOLAR

C.C.T.

C.C.T.

EDUCACIÓN FÍSICA

C.C.T.

SERVICIO

NÚM.

NÚM.

CLAVE DE LA INSTITUCIÓN

NÚM.

REGIONAL

C.C.T.

C.C.T.

RECTORA

C.C.T.

DEPENDENCIA

NORMATIVA

SERVICIO

SOSTENIMIENTO

**\* MOTIVO DE LA CLAUSURA**

Especifique las claves de CT donde se radicaron los recursos presupuestales (sección exclusiva para escuelas públicas federales y federales transferidas)

FECHA DE FUNDACIÓN

AÑO  MES  DÍA

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

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

FORMA CCT-NM (versión 2016.01)

FOLIO: 2020-

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)

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	DURACIÓN	MARQUE CON UNA X				
						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**

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

**IX. DATOS DEL SOLICITANTE**

PUESTO

NOMBRE Y FIRMA

SELLO

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

DIRECTOR GENERAL DE PLANEACIÓN Y COORDINACIÓN EDUCATIVA

Vo. Bo.  
DIRECTOR DE PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTO

LIC. ANTONIO HUITRON RIVERA

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: 2020-

CLAVE DEL C.T.

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

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

