

"2020, Año de la Pluriculturalidad de los Pueblos Indígenas y Afromexicanos"

Subdirección General de Administración y Finanzas.  
Dirección de Administración.  
Unidad de Servicios de Personal.  
- Departamento de Relaciones Laborales.  
CIRCULAR No. 085

Oaxaca de Juárez, Oax., a 19 de agosto de 2020.

**C.C. SUBDIRECTORES, COORDINADORES GENERALES,  
JEFES DE JURISDICCIONES SANITARIAS, DIRECTORES DE ÁREA,  
HOSPITALES, CENTROS DE SALUD, LESPO,  
JEFES DE UNIDAD Y JEFES DE DEPARTAMENTOS  
DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA.  
P R E S E N T E S .**

Con apego a lo establecido en el Reglamento Interno de los Servicios de Salud de Oaxaca vigente, en el cual cita el Artículo No. 97, Fracciones IV, V, VII, IX Y X, XVI. Otorgándome la facultad de Director de Administración en este Organismo, siendo ámbito de mi competencia, establecer los procesos operacionales, con respecto a la movilidad de los trabajadores, refiriéndonos en específico a las comisiones oficiales y/o cambios de adscripción, fundamentados en las Condiciones Generales de Trabajo vigentes, **Artículo 149 Párrafo Único; Artículo 179 "Para los efectos de estas Condiciones, se entiende por cambio de adscripción, el hecho de que un trabajador sea transferido de una Unidad Administrativa de la Secretaría a otra; o bien dentro de la misma Unidad Administrativa cuando implique el traslado de una población a otra o cambio de pagaduría.**

**Los trabajadores sólo podrán ser cambiados por los siguientes motivos:**

- I. Por reorganización de los servicios debidamente justificada;**
- II. Por movimiento escalafonario;**
- III. Por encontrarse en inminente peligro su vida;**
- IV. Por enfermedad, previo dictamen médico del ISSSTE de cualquier otra institución o médico que autorice la Secretaría si en el lugar no hubiera servicios del ISSSTE.**
- V. Por Desaparición del centro de trabajo;**
- VI. Por necesidad del Servicio, debidamente justificada y motivada entregada por escrito al trabajador y al Sindicato previo al movimiento;**
- VII. Por fallo del Tribunal;**
- VIII. A petición de los Trabajadores, y**
- IX. Cuando el Trabajador sufra un accidente o enfermedad profesional y quede imposibilitado para desempeñar el trabajo que tenía asignado para que, de ser posible se le dé otra ocupación de acuerdo a sus aptitudes.**

"2020, Año de la Pluriculturalidad de los Pueblos Indígenas y Afromexicanos"

*En los casos de las Fracciones I y V de este Artículo, la Secretaría en coordinación con el Sindicato procederá a la formalización del cambio de adscripción de que se trate en cuanto a la Fracción VI, solamente se podrá ordenar el traslado de un trabajador por necesidades del servicio debida y previamente motivada y justificada, con la intervención del sindicato a petición del trabajador, para garantizar y salvaguardar los derechos de los trabajadores."*

Por lo antes expuesto, informo que toda solicitud para otorgar comisiones oficiales y/o cambios de adscripción, deberá realizarse por escrito, dirigida a esta Dirección a mi cargo, describiendo el motivo por el cual es requerida y anexando según sea el caso, los documentales que amparen su dicho. Así mismo con respecto a las comisiones internas, notifico que no tienen validez, por tal motivo, quien realice o efectúe movimientos de personal no autorizados, será sujeto de las sanciones señaladas en la Ley General de Responsabilidades Administrativas, encuadradas en los artículos 54, 57 y 62. Es importante reiterar que la autorización y expedición de los documentos anteriormente citados, es facultad exclusiva del Director de Administración de los Servicios de Salud de Oaxaca, de conformidad a lo establecido en el Reglamento Interno de los Servicios de Salud de Oaxaca, en el artículo inicialmente citado.

Así mismo se les exhorta, para que el personal facultado realice la actualización en el Sistema de Administración de Recursos Humanos (SIARH), respecto a las incidencias del personal a su cargo.

Sin otro particular, reitero a ustedes mi respeto.

**ATENTAMENTE.**  
**SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN.**  
**"EL RESPETO AL DERECHO AJENO ES LA PAZ".**

**M.D. DAVID CONCHA SUÁREZ.**  
**DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN**  
**DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA.**



- C.f.p.- **M.A. Donato Augusto Casas Escamilla.**- Secretario de Salud y Director General de los S.S.O.- Para su conocimiento.  
**Dr. Juan Carlos Márquez Heine.**- Subdirector General de Servicios de Salud de los S.S.O.- Ídem  
**Dr. Luis Martín De Jesús Mathus Alonso.**- Subdirector General de Administración y Finanzas de los S.S.O.- Ídem.  
**Dra. Rosa Lilia García Kavanagh.**- Subdirectora General de Innovación y Calidad de los S.S.O.- ídem.  
**Lic. Elena Elizabeth de la Rosa Revilla.**- Directora de Asuntos Jurídicos de los S.S.O.- Ídem.  
**Dr. Said Vásquez Valle.**- Coordinador General de Jurisdicciones Sanitarias de los S.S.O.- Ídem.  
**Enf. Constantino M. Félix Pacheco.**- Secretario Gral. de la Sección Sindical No. 35 del SNTSA.- Ídem.  
**C. Jorge Aguilar Martínez.**- Secretario Gral. de la Sección Sindical No. 73 del SNTSA.- Ídem.  
**Lic. Alejandrino Villar Gallegos.**- Secretario Gral. de la Sección Sindical No. 71 del SNTSA.- Ídem.  
**C. Mario A. Ramírez Paz.**- Secretario General de la Sección Sindical No. 94 del SNTSA.- Ídem.

xmquodrepeopmeswww

"2020, Año de la Pluriculturalidad de los Pueblos Indígenas y Afromexicanos"

**FORMATO PARA SOLICITUD DE COMISIÓN Y/O CAMBIO DE ADSCRIPCIÓN**

Oaxaca de Juárez, Oax., a 19 de agosto de 2020.

**NOMBRE DEL TITULAR DEL CENTRO DE TRABAJO.**

**CARGO:**

**DOMICILIO:**

**P R E S E N T E .**

Quien suscribe C. (nombre del trabajador), personal con nombramiento de (tipo de nombramiento), adscrito a (centro de responsabilidad que se encuentra adscrito), con clave presupuestal (registrar clave completa reflejada en su talón), con funciones de (función que realiza), por este medio solicito su autorización para una comisión y/o cambio de adscripción, (manifestar los motivos por los cuales se requiere).

Esperando contar con su intervención y sin otro asunto que tratar me despido de usted, enviándole un afectuoso saludo

**ATENTAMENTE.**

**(NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR)**

**NOTA: DEBERÁN ANEXAR DOCUMENTOS EN LOS CASOS QUE SE REQUIERE.**