

C

C

C

DICTAMEN DE COMPATIBILIDAD (PROMOCIÓN DE HORAS ADICIONALES CICLO ESCOLAR 2021-2022 COPHA-EB-21)

En _____ Jalisco, a los ____ días del mes de _____ del año 20____.

Con el propósito de dar cumplimiento al punto 8 de los requisitos documentales de la convocatoria de Promoción de Horas Adicionales para el Ciclo Escolar 2021-2022 (COPHA-EB-21), y de acuerdo a los Criterios en materia de compatibilidad de plazas o puestos docentes y con funciones de Dirección o supervisión, así como de asesoría técnica o asesoría técnica pedagógica. Tengo pleno conocimiento que, -----

----- **Primero.** Para efectos de compatibilidad en empleo, cargo, comisión o contrato exclusivos de docencia en el sector educativo se deberá observar los siguientes límites máximos: I. Hasta cuarenta y dos horas semanales, si dichas actividades o funciones son frente a grupo en diversa plaza, en uno o varios planteles o escuelas, y II. Hasta cuarenta y ocho horas semanales, si tales actividades o funciones docentes están referidas a las categorías directiva o de supervisión. ----- **Segundo.** El cómputo de horas, en actividades docentes, se regirá conforme a: I. Las establecidas en los nombramientos y las claves de cobro, respectivamente. -----

Por las razones antes mencionadas, El (la) Suscrito (a) C. _____, con Clave Única de Registro de Población (CURP) _____, quien se identifica en este acto con: _____

(documento del cual se anexa copia) quien siguió diciendo: bajo protesta de decir verdad manifiesto que no me encuentro disfrutando de licencia con o sin goce de sueldo en diverso, empleo cargo o comisión, que hasta esta fecha cuento con la (s) siguiente (s) clave (s) presupuestales en los centros de trabajo y con los horarios que se describen en la Constancia de Labores Docentes que en este acto presento de manera física y la (s) que fue (ron) emitida (s) por mi (s) superior (es) jerárquico (s) titular (es) de la Escuela (s)

_____, con clave (s) de centro de trabajo _____ realizadas, el día _____ del mes de _____ del año 2021; documento del cual dejo copias simples para su cotejo.

Por lo anterior y con fundamento en lo dispuesto por los artículos 3, 7 fracción VIII, 104, 105, 106 del Reglamento Interno de la Secretaría de Educación del Estado de Jalisco, el suscrito:

_____, en mi carácter de Delegado Regional De la Delegación Regional de la Secretaría de Educación Región _____, de acuerdo a los Criterios en materia de compatibilidad de plazas o puestos docentes y con funciones de Dirección o supervisión, así como de asesoría técnica o asesoría técnica pedagógica, *"una vez Otorgada una autorización de compatibilidad al personal docente, esta surtirá efectos hasta en tanto no cambie el número de horas autorizado, los horarios asignados y el lugar de adscripción de cada empleo, cargo, comisión o contrato"*. Y por consiguiente el suscrito hago constar que el puesto que pretende ocupar el participante en la **PROMOCIÓN DE HORAS ADICIONALES CICLO ESCOLAR 2021-2022 COPHA-EB-21** es el de _____.

En la (s) constancia (s) de servicio agregadas al presente y que fueron emitidas por el titular del centro de trabajo para el cual labora el participante se desprende que labora para esta Secretaría de Educación del Estado de Jalisco:

a).- En el centro de trabajo: _____

b).- Con domicilio en: _____

c).- Dentro del horario de: _____

d).- En la categoría de: _____

e).- Que (SI) (NO) usa equipo técnico consistente en: _____

f).- Que (SI) (NO) está expuesto a materiales infecto contagiosos, radiactivos o peligrosos.

g).- Que (SI) (NO) está dispuesto a viajar y/o cambiar de Domicilio.

Vo. Bo. Delegado Regional
(Nombre, Firma y sello)

C

REVISÓ (Nombre y Firma)

C

Nombre y Firma del Participante

C

Observaciones

Por las razones y motivos antes expuestos, me permito hacer constar que las funciones y actividades a desarrollar en el puesto de _____,
Consecuentemente las funciones a realizar:

I).- Son (EXCLUYENTES) (NO EXCLUYENTES) entre sí y por tanto (NO) (SI) pudieran originar conflicto de interés.

II).- Por lo anterior, (SI) (NO) existe la posibilidad de desempeñar los puestos o realizar las actividades o funciones a pactar adecuadamente a razón de _____

III.- El horario y/o jornada de trabajo (SI) (NO), son compatibles de acuerdo a los puestos y actividades que corresponden.

IV.- Las características, exigencias y demás condiciones del puesto que se trata, es relativo a la categoría _____, debiendo seguir los principios y obligaciones que le exigen las Leyes Federales, Locales y el Manual de Organización que corresponda.

V.- La ubicación del domicilio del C. _____, así como de los centros de trabajo _____

(SI) (NO) son compatibles entre sí por la distancia recorrida y los horarios que tiene que laborar

VI.- Que (SI) (NO) Existe prohibición legal o contractual para que se desempeñe en los puestos que se han tratado en el presente dictamen.

C. Vo. Bo. Delegado Regional
(Nombre, Firma y sello)

C. REVISÓ (Nombre y Firma)

C. Nombre y Firma del Participante

VII.- Que las remuneraciones que corresponden al puesto y categoría que se pretende ocupar (SI) (NO) rebasa el límite previsto en el artículo 127 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

VIII.- Que la categoría de _____, a la que pretende aspirar el participante se habrán de realizar en: _____

Por consiguiente y en base a la información proporcionada, así como a la información recabada por esta oficina, el empleo que con el que cuenta el Servidor Público C. _____ y al que pretende aspirar en razón de la (PROMOCIÓN DE HORAS ADICIONALES CICLO ESCOLAR 2021-2022 COPHA-EB-21) (SI) (NO) son compatibles entre sí.

NOTA: La presente compatibilidad solo surtirá efectos hasta en tanto no cambien las condiciones de cada empleo, cargo o comisión o contrato en que fue autorizada. Y es única y exclusivamente para los empleos realizados en Secretaría de Educación Jalisco; en caso de detectarse que cuenta con uno o más empleos en diversa dependencia, estará sujeto a las reglas de la Ley de Compatibilidades de los Servidores Públicos del Estado de Jalisco.

C. _____
Nombre y Firma del Participante

C. _____
REVISÓ (Nombre, cargo y Firma)

C. _____
**Vo. Bo. Delegado Regional
(Nombre, Firma y sello)**