

SERVICIO NACIONAL DE EMPLEO DE: _____ Fecha de levantamiento: _____

NOMBRE DE LA VACANTE: _____

TIPO DE CONTRATACION: Obra ó tiempo determinado Tiempo indeterminado Capacitación Inicial
 Por temporada A prueba Trámites de selección

1. FLUJO MIGRATORIO

Reclutamiento intraestatal Reclutamiento interestatal Estado(s) de origen: _____

2. DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o Razón Social: _____
 Giro de la Empresa: _____ RFC: _____
 Dirección: _____
 Municipio: _____ Localidad: _____
 Representante de la Empresa: _____
 Teléfono(s): _____
 Correos(s) Electrónico (s): _____

3. REQUERIMIENTO DE PERSONAL

Periodo de reclutamiento y selección: _____ Localidad proveedora: _____
 Fecha en que requiere al personal en la empresa: _____ Número de personas: _____
 Duración: _____ meses Período: del _____ al _____

4. PERFIL DEL BENEFICIARIO

Edad: entre _____ y _____ años Género: M F Indistinto
 Escolaridad: Primaria Carrera técnica Estado civil: Soltero Casado Indistinto
 Secundaria Universidad
 Preparatoria Otro

Especialidad de la carrera solicitada: _____

Experiencia laboral requerida (descripción): _____

5. CONDICIONES LABORALES

Ingreso económico neto: \$ _____ Periodo de pago: Semanal Quincenal Mensual

Horas extras: Si No En su caso, importe promedio de propina semanal: \$ _____

Actividades a realizar (descripción): _____



6. PRESTACIONES POR PARTE DE LA EMPRESA

Servicio médico	<input type="checkbox"/>	Espacios de esparcimiento ó recreación	<input type="text"/>
Servicio de educación y/o capacitación	<input type="checkbox"/>	Vales de despensa y fondo de ahorro	<input type="text"/>
Bonos de productividad	<input type="checkbox"/>	Otros (especifique):	_____

Vivienda o alojamiento: Si NoA cargo de: Empresa Trabajador Estimar costos mensuales para el trabajador \$ _____

Dirección y referencias del lugar de hospedaje: _____

Alimentación:	A cargo de la empresa sin costo para el trabajador	<input type="text"/>		
	A cargo de la empresa con costo para el trabajador	<input type="text"/>	Costo promedio diario	\$ _____
	A cargo del trabajador	<input type="text"/>	Costo promedio diario	\$ _____

7. CONDICIONES DE MOVILIDAD

Viaja : Solo Con familia La empresa apoya con transporte del lugar de origen: Si No especifique: _____

8. SUGERENCIAS Y/O PETICIONES PARA EL BENEFICIARIO

Enseres personales: _____

Alimenticios: _____

Vestimenta: _____

Tipo de documentación que requiere llevar: _____

Otros: _____

9. NECESIDADES DE CAPACITACION:

Zona de Origen: _____

Zona de Destino: _____

Acuerdos y compromisos: _____

Comentarios adicionales: _____

NOMBRE Y CARGO

PERSONAL DEL SERVICIO NACIONAL DE EMPLEO

TEL: _____

Correo electrónico: _____

NOMBRE Y CARGO

REPRESENTANTE DE LA EMPRESA

TEL: _____

Correo electrónico: _____

Nombre de la empresa: _____ **FECHA:** _____

Domicilio de trabajo, capacitación ó tramite de selección: _____

Nombre y cargo del representante de la empresa: _____

Tel.: Lada () _____ **Cel.** _____ **Correo:** _____

1. Hospedaje

a cargo de la empresa a cargo de trabajador

Comentarios _____

2. Alimentación

a cargo de la empresa a cargo de trabajador

Comentarios _____

3. Descripción de la actividad a realizar por parte de los beneficiarios del programa?

4. Cuenta con servicios medicos y las prestaciones de ley?

SI NO

Comentarios _____

5. ¿considera que la empresa cumple con las condiciones para apoyar esta movilidad laboral?

SI NO

Comentarios _____

Nombre, cargo y firma del representante de la empresa

Nombre, cargo y firma del verificador de la OSNE

NOTA: El SNE de destino debera notificar al SNE el presente reporte.

Movilidad Laboral Sectores Industrial y de Servicios

Comunicado de traslado para el empleador (MLIS-04)

No. de oficio.....

Fecha.....

(Nombre del representante de la empresa)
(Nombre o razón social)

Estimado empleador, por este medio agradezco su confianza al habernos permitido atender su vacante en el SNE del (*estado de origen*) y nos complace informarle que hemos atendido, en coordinación con ejecutivos de su empresa, los procesos de reclutamiento y selección de candidatos, mismos que anexo listado de personas vinculadas mediante el programa de Movilidad Laboral, Sectores Industrial y de Servicios.

En este sentido, como parte del proceso de verificación de los candidatos vinculados con su empresa, le informo que el SNE de (*estado destino*) tiene la función de verificar la recepción y colocación de personas enviadas, así como el seguimiento del programa, para el cual, solicito su amable apoyo para otorgarle las facilidades de verificación, y con ello, contribuir con la transparencia en la aplicación del programa de movilidad laboral.

Aprovecho para reiterarle el apoyo institucional y la seguridad de colaboración del SNE, que busca acercar a los desempleados con las oportunidades de inserción en el mercado de trabajo, en cualquier lugar del país.

Sin más, le envío un cordial saludo.

ATENTAMENTE
(Cargo)

(Nombre y firma del responsable de la OSNE Origen)

C.c.p. Director del SNE (de destino)
Coordinador de Movilidad del SNE (de destino).

Subprograma Movilidad Laboral Interna Sector Industrial y de Servicios

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN:

MLIS-05

Fecha de elaboración:

ESTIMADO USUARIO

Para mejorar la calidad de nuestros servicios y atenderte mejor, solicitamos tu opinión sobre el servicio recibido. Los datos que proporcionas serán confidenciales.

1.- ¿Cómo te enteraste del Sub-programa en el que participaste? Televisión Radio Cartel Folleto
Otro Especifique: _____

2.- ¿Qué trámite realizaste ? a) Información de ingreso al Sub-programa: SI NO
b) Apoyo para tú movilidad: SI NO

3.- ¿ Consideras que fue adecuado el tiempo en el que el Servicio de Empleo te atendió? SI NO
¿Por qué ? _____

4.- ¿ Cómo consideras la atención del personal del Servicio Nacional de Empleo ? Excelente Bueno Regular Deficiente

5.- ¿ Te entregaron credencial como beneficiario del Sub-programa ? SI NO

6.- ¿ Te pidieron dinero, favores personales o algún regalo para realizar tú trámite ? SI NO

Indica el nombre de la pers _____

7.- ¿ Te informaron claramente sobre tus derechos y obligaciones como beneficiario del Sub-programa? SI NO

8.- ¿ En qué área necesitamos mejorar el servicio ? SI NO

Información sobre vacantes y empresas SI NO

Información sobre los apoyos económicos SI NO

Información sobre los programas del Servicio Nacional de Empleo SI NO

Atención personal adecuada SI NO

Oportunidad en el otorgamiento de los apoyos SI NO

Otro Especifique: _____

La Secretaría del Trabajo y Previsión Social, a través del Servicio Nacional de Empleo, está interesada en mantener una política de mejora continua en sus procesos y servicios a la ciudadanía por lo que te agradeceremos anotar en el siguiente recuadro tus valiosos comentarios y sugerencias para el mejoramiento del servicio.

Si lo consideras conveniente, permítenos contactarte:

Nombre: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

INFORMES, QUEJAS Y SUGERENCIAS:

Para cualquier información, queja o sugerencia llama al Servicio Nacional de Empleo por teléfono al 01800-841-2020 (EL SERVICIO ES GRATUITO) o en su caso envíe un correo electrónico a las siguientes direcciones:

Dirección General de Fomento a la Empleabilidad quejas.supervision@stps.gob.mx o a los números telefónicos (01 55) 2000 5426 y 2000

Órgano Interno de Control STF quejas_oic@stps.gob.mx o al número telefónico (01 55) 5002 3368

Secretaría de la Función Pública

contactociudadano@funcionpublica.gob.mx al 01-800-386-24-66 en el interior de la

62. INSTALACIONES MEDICAS		
En la empresa o particular	SI	NO
IMSS	SI	NO
SALUD	SI	NO
Distancia a la clínica más cercana		Km.

63. PERSONAL MEDICO DEL QUE DISPONEN		
Médico	SI	NO
Enfermera	SI	NO
Ambulancia con radio para traslados	SI	NO
Otros:		

64. INSTALACIONES MEDICAS SEGMENTADAS		
Para guardería	SI	NO
Para niños y adolescentes	SI	NO
Para adultos	SI	NO
Para áreas de trabajo y/o deportivas	SI	NO

65. NIVEL DE ATENCIÓN
1,2,3

V. ALMACÉN DE PLAGUICIDAS

66. ¿Se utilizan fertilizantes y/o plaguicidas?	SI	NO	67. ¿Se proporciona uniforme y equipo especial?	SI	NO
68. Áreas de almacenaje:					
a) Para el equipo de protección personal del operador	SI	NO	d) Equipos y utensilios para el transporte de agroquímicos	SI	NO
b) Para el equipo de aplicación	SI	NO	e) ¿Se cuenta con bitácora de control?	SI	NO
c) Equipos y utensilios para el manejo de agroquímicos	SI	NO	f) ¿Anaqueles donde se encuentren exclusivamente los plaguicidas?	SI	NO
69. Área de mezclado de plaguicidas:					
a) Lavabo con agua corriente	SI	NO	c) Regaderas	SI	NO
b) Caretas de protección	SI	NO	d) Botiquín de primeros auxilios con lavaojos	SI	NO

VI. MEZCLADO EN EL CAMPO

70. Área de mezclado de plaguicidas en el campo:					
a) Área exclusiva acorde a la extensión y cantidades a tratar	SI	NO	c) Lugar exclusivo de mezclado con agua	SI	NO
b) Área exclusiva para los equipos de protección personal	SI	NO	d) Botiquín de primeros auxilios con lavaojos	SI	NO

VII. ALMACÉN DE ALIMENTOS, FORRAJES, MATERIAS PRIMAS O PRODUCTOS TERMINADOS

71. Área exclusiva para estos insumos y productos	SI	NO
---	----	----

VIII. AGUA

72. Agua para uso y consumo humano:					
a) Protección sanitaria de las fuentes de abastecimiento	SI	NO	d) Disposición sanitaria de sólidos municipales	SI	NO
b) Desinfección domiciliar de agua	SI	NO	e) Manejo higiénico de alimentos	SI	NO
c) Disposición sanitaria de excretas	SI	NO	f) Control sanitario de fauna nociva	SI	NO

IX. DATOS GENERALES

73. Mes de inicio de presencia de migrantes:			74. Mes de término de presencia de migrantes:		
75. Principales cultivos en los que trabajan los jornaleros:					
O1	Caña de azúcar	O2	Jitomate	O3	Chile
				O4	Café
				O5	Cítricos
				O6	Hortalizas
				Otros:	

X. OBSERVACIONES / PROPUESTAS DE MEJORA

76. ANEXAR REPORTE FOTOGRAFICO

77. Nombre y firma del Empleador o Representante de la Empresa.

78. Nombre y firma del Responsable de la oficina encuestadora.

79. Nombre y firma del Encargado de realizar la verificación.



**Subprograma de Movilidad Laboral Sector Agrícola
 REPORTE DE VISITA**



SERVICIO NACIONAL DE EMPLEO DE

ENTIDAD FEDERATIVA

SA 0:

REPORTE QUINCENAL

1. Nombre de la Empresa		Nombre del Campo Agrícola	
3. Nombre de quien atiende en la Empresa			
4. Fecha de visita		5. Número de visita	
		6. Núm. Folio de la vacante:	

7. Número de jornaleros agrícolas:	Solicitados	Recibidos	Bajas	Continúan (a la fecha de visita)	Concluyen (temporada o período laboral).	Bajas	Identificados en la empresa				
Total											
8. Por entidad federativa:											
a)											
b)											
c)											
d)											
e)											

9. OBSERVACIONES / COMENTARIOS

10. Nombre y firma del del Representante del SUMLI SA (Supervisor)

11. Nombre y firma del Representante del grupo de jornaleros

12. Nombre y firma del Empleador o Representante de la Empresa



Subprograma de Movilidad Laboral Sector Agrícola
RELACIÓN DE JORNALEROS AGRÍCOLAS ENVIADOS Y RECIBIDOS

SERVICIO NACIONAL DE EMPLEO DE:

ORIGEN												DESTINO																
NÚM. DE ACCIÓN:		NOMBRE DE QUIEN ENVÍA:						NOMBRE DE QUIEN RECIBE:						NOMBRE DE QUIEN RETORNA:														
NOMBRE ENCARGADO del GRUPO		Núm Tel Cel ENCARGADO de GPO:						NOMBRE de ENCARGADO del grupo						Núm Tel Cel ENCARGADO de GPO:														
EMPRESA AGRÍCOLA:		FOLIO VACANTE						EMPRESA AGRÍCOLA:						FOLIO VACANTE:														
CAMPO AGRÍCOLA:		FECHA DE ELABORACIÓN						CAMPO AGRÍCOLA:						FECHA DE RETORNO:														
FECHA DE SALIDA:		FECHA DE ELABORACIÓN						FECHA DE LLEGADA:						RECEPCIÓN:														
*NÚM. FOLIO O REG.	JORNALERO AGRÍCOLA											DEL JORNALERO AGRÍCOLA RECIBIDO						OBSERVACIONES						APOYO DE CAPACITACIÓN (BECATE)				
	CLAVE DE CURP	NOMBRE	DOCUMENTACIÓN QUE ENVÍA					APOYO DE CAPACITACIÓN (BECATE)		APOYO DE MOVILIDAD LABORAL		NOMBRE	DOCUMENTACIÓN QUE SE RECIBE					AL INICIO			AL TÉRMINO			SI	NO			
			CURP	CREDENCIAL IFE	CONSTANCIA DE RADICACIÓN	CREDENCIAL DEL SNE ORIGEN	OTRO**	SI	NO	SI	NO		CURP	CREDENCIAL IFE	CONSTANCIA DE RADICACIÓN	CREDENCIAL DEL SNE ORIGEN	OTRO**	DESERTO	BAJA	ENFERMO	NO CUMPLE PERFIL	TÉRMINO LA TEMPORADA	NO LO REQUIERE LA EMPRESA					
1																												
2																												
3																												
4																												
5																												
6																												
7																												
8																												
9																												
10																												
11																												
12																												
13																												
14																												
15																												
16																												
17																												
18																												
19																												
20																												
21																												
22																												
23																												
24																												
25																												
26																												
27																												
28																												
29																												
32																												
33																												
34																												
35																												
36																												
37																												
38																												
39																												
40																												
JORNALEROS AGRÍCOLAS ENVIADOS:												JORNALEROS AGRÍCOLAS RECIBIDOS:																
HOMBRES												HOMBRES																
MUJERES												MUJERES																
TOTAL								0				TOTAL						0										
REGISTRADOS:												TOTAL BAJAS O DESERCCIONES																
APOYADOS:												CONCLUYEN LA TEMPORADA																

*Núm. Folio o Reg: Corresponde al número de credencial o registro del solicitante en el SISPAE

** Otro: Cedula Profesional, o Pasaporte vigente, o Cartilla del Servicio Militar.

Nota: Elaborar Informe por cada acción validada en la vertiente de Movilidad Laboral Origen (interestatal e Intraestatal). Cada SNE participante en la atención de la vacante debe registrar la información que corresponda a un mismo grupo (Enviado o Recibido).

ELABORÓ

VERIFICÓ

ELABORÓ

VERIFICÓ

NOMBRE Y CARGO

NOMBRE Y CARGO

NOMBRE Y CARGO

NOMBRE Y CARGO

SERVICIO NACIONAL DE EMPLEO DE _____

CARTA DE CONFORMIDAD ORIGEN

SA 05 (Anverso)

Fecha _____

Lugar: _____

El beneficiario C. _____ representante del grupo que acepta trasladarse a la empresa _____, ubicada en el estado de _____; para laborar en el período del _____ al _____ del 2013; para realizar las actividades, en las condiciones laborales mencionadas en el Requerimiento de Jornaleros Agrícolas (SA 02) con número de folio _____; que previamente le fueron dadas a conocer por el personal del Servicio Nacional de Empleo, mismas que acepta por propia voluntad y por convenir a sus intereses económicos y personales.

Con objeto de mejorar las condiciones de movilidad laboral de los jornaleros agrícolas que emigran a otras entidades en busca de oportunidades de empleo; el Servicio Nacional de Empleo, otorga un apoyo económico por la cantidad de \$ _____ (describir con letra, 00/100, M/N), por concepto de movilidad laboral al beneficiario, que será utilizado para los fines que determine y convengan a sus intereses, mismo que se entregará en dos partes: la primera antes de su salida, por un monto de \$ _____ (describir con letra, 00/100, M/N), y la segunda por \$ _____ (describir con letra, 00/100, M/N), al confirmar su llegada a la empresa, a efecto de que participe de manera íntegra en la temporada laboral convenida. El Servicio Nacional de Empleo, se compromete a entregar los recursos mediante cheque nominativo o tarjeta electrónica.

Firman bajo protesta de decir verdad, sin que exista dolo, premeditación, alevosía o ventaja por ninguna de la partes, en pleno uso de sus facultades mentales y en ejercicio de sus derechos.

Firman de conformidad

El Jornalero Agrícola
Representante del grupo

El SNE

4. Nombre, firma y/o huella digital

5. Nombre y firma del Responsable del SNE



SA 05 (Reverso)

No. de folio o registro	Nombre del Jornalero Agrícola	No. credencial del SNE	Firma y/o huella digital
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			



**Subprograma de Movilidad Laboral Sector Agrícola
(SUMLI SA)**

No. de folio o registro	Nombre del Jornalero Agrícola	No. credencial del SNE	Firma y/o huella digital
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			

SERVICIO NACIONAL DE EMPLEO DE _____

CARTA DE CONFORMIDAD DESTINO

SA 06 (Anverso)

Fecha: _____

Lugar: _____

El beneficiario C. _____ representante del grupo, manifiesta y acepta retornar a su lugar de origen o residencia, una vez concluidas las actividades de la temporada agrícola a la que fue vinculado por el Servicio de Empleo _____(origen), por un período de ____meses, que comprendió del _____al _____ del 2013, con base en el Requerimiento de Jornaleros Agrícolas (SA 02), número de folio _____. Su retorno será el día ___del mes de ____del 2013, fecha que acordó y programó de manera conjunta con el Servicio Nacional de Empleo y con la empresa _____.

Para lo cual el Servicio de Empleo otorga un apoyo económico por la cantidad de \$_____ (describir con letra, 00/100, M/N), por concepto de movilidad laboral al beneficiario, que será utilizado para los fines que determine y convengan a sus intereses, cheque nominativo o tarjeta electrónica, con la finalidad de prevenir y evitar que los jornaleros agrícolas que han concluido la temporada laboral convenida, sean confundidos con inmigrantes de otros países, asegurar que retornen a sus lugares de origen o residencia, y en caso de que queden varados reciban el auxilio de las autoridades competentes. Con el objetivo de mejorar las condiciones de movilidad laboral de los jornaleros agrícolas que emigran a otras entidades en busca de oportunidades de empleo.

Firman bajo protesta de decir verdad, sin que exista dolo, premeditación alevosía o ventaja por ninguna de la partes, y en pleno uso de sus facultades mentales.

Firman de conformidad

El Jornalero Agrícola

El SNE

(4) Nombre, firma y/o huella digital

(5) Nombre y firma del Titular o Representante
el SNE (Coordinador de Movilidad Laboral)



**Subprograma de Movilidad Laboral Sector Agrícola
(SUMLI SA)**

SA 06 (Reverso)

Núm.	Nombre del Jornalero Agrícola	Núm. credencial del SNE	Firma y/o huella digital
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			



**Subprograma de Movilidad Laboral Sector Agrícola
(SUMLI SA)**

24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			

SERVICIO NACIONAL DE EMPLEO DE _____

CONSTANCIA DE ACREDITACIÓN ORIGEN

SA 07

Fecha: _____ (1) _____

A QUIEN CORRESPONDA:

Sirva el presente como constancia para presentar a Usted(es), al C. _____, representante de un grupo de personas beneficiarias del Subprograma de Movilidad Laboral Sector Agrícola, que opera la Secretaría del Trabajo y Previsión Social en coordinación con los gobiernos estatales a través del Servicio Nacional de Empleo (SNE), cuyos nombres se mencionan en relación anexa.

Dichas personas son originarias de la(s) localidad(es) de _____, ubicada en el municipio de _____ del estado de _____. Quienes se dirigen al estado de _____, con la finalidad de prestar sus servicios, por un período de _____ meses; a partir del día _____ del mes de _____ del 2013, al _____ del mes de _____ del 2013 en la empresa agrícola, cuya razón social es _____.

Con domicilio ubicado en Calle _____, número _____, C.P. _____, en la localidad de _____, municipio _____.

Cabe mencionar que las personas referidas están debidamente identificadas y documentadas, por el personal del Servicio Nacional de Empleo a mi cargo.

Agradezco las facilidades y apoyo que les otorguen durante el trayecto con el objetivo de que lleguen seguras a su destino.

ATENTAMENTE

Titular del SNE-Origen

Lada: _____ Teléfono: _____

Sello del SNE-Origen

Nombre completo y firma

C.c.p. Expediente



**Subprograma de Movilidad Laboral Sector Agrícola
(SUMLI SA)**

SA 05 (Reverso)

No. de folio o registro	Nombre del Jornalero Agrícola	No. Credencial del SNE	Firma y/o huella digital
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			



Subprograma de Movilidad Laboral Sector Agrícola (SUMLI SA)

23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			

SERVICIO NACIONAL DE EMPLEO DE _____

CONSTANCIA DE ACREDITACIÓN DESTINO

SA 08

Fecha: _____ (1) _____

A QUIEN CORRESPONDA:

Sirva el presente como constancia para presentar a Usted(es), al C. _____, representante de un grupo de personas beneficiarias del Subprograma de Movilidad Laboral Sector Agrícola, que opera la Secretaría del Trabajo y Previsión Social en coordinación con los gobiernos estatales a través del Servicio Nacional de Empleo (SNE), cuyos nombres se mencionan en relación anexa.

Dichas personas son originarias de la(s) localidad(es) de _____, ubicada en el municipio de _____ del estado de _____. Quienes retornan a su lugar de origen, en virtud de que han concluido el período laboral convenido de ____ meses; mismo que inicio a partir del día ____ del mes de _____ del 2013, y concluye el día ____ del mes de _____ del 2013 en la empresa agrícola, cuya razón social es _____. Con domicilio ubicado en Calle _____, número _____, C.P. _____, en la localidad de _____, municipio _____ de la entidad de _____.

Cabe mencionar que las personas referidas están debidamente identificadas y documentadas, por el personal del Servicio Nacional de Empleo a mi cargo.

Agradezco las facilidades y apoyo que les otorguen durante el trayecto con el objetivo de que lleguen seguras a su destino.

ATENTAMENTE

Titular del SNE-Origen

Lada: _____ Teléfono: _____
Sello del SNE-Origen

Nombre completo y firma

C.c.p. Expediente



**Subprograma de Movilidad Laboral Sector Agrícola
(SUMLI SA)**

SA 08(Reverso)

Núm. de folio o registro	Nombre del Jornalero Agrícola	Núm. credencial del SNE	Firma y/o huella digital
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			



**Subprograma de Movilidad Laboral Sector Agrícola
(SUMLI SA)**

23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			

SERVICIO NACIONAL DE EMPLEO DE _____

Registro de Denuncia, Queja, Solicitud, Sugerencia

SA 09

Asunto a tratar

Fecha

Denuncia	Queja	Solicitud	Sugerencia
----------	-------	-----------	------------

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

Folio: _____

Datos del Afectado (Jornalero o Empresa)

Nombre	Núm. Credencial
Entidad	Municipio
	Localidad

Descripción del asunto

Incurre en el asunto un Servidor Público del SNE u otra Institución:

SI

NO

Nombre:
Cargo:
Institución:
Trámite que origina el asunto:

Incurre en el asunto la Empresa:

SI

NO

Razón Social	Campo:
Responsable	
Trámite que origina el asunto:	

Información de los hechos

Lugar			Fecha de Ocurrencia			
Estado	Municipio	Localidad	Día	Mes	Año	Hora
Nombre de testigos:					Núm telefónico:	
Pruebas documentales:	NO	SI	1.			
2.			3.			

Nombre y Firma (o huella digital) de la persona que presenta la solicitud, sugerencia, queja o denuncia.

Nombre y Firma de la persona que recibe.

Fecha de recepción

Atención a la denuncia, queja, solicitud o sugerencia por el SNE o Institución:					SI	NO
Lugar			Fecha de Atención			
Estado	Municipio	Localidad	Día	Mes	Año	Hora
Nombre de testigos:					Núm telefónico:	
Pruebas documentales:	NO	SI	1.			
2.			3.			

Nombre y Firma (o huella digital) de la persona que recibe de conformidad la respuesta.

Nombre y Firma de la persona que proporciona la respuesta.

Fecha de recepción

Atención a la denuncia, queja, solicitud o sugerencia por la Empresa:					SI	NO
Lugar			Fecha de Atención			
Estado	Municipio	Localidad	Día	Mes	Año	Hora
Nombre de testigos:					Núm telefónico:	
Pruebas documentales:	NO	SI	1.			
2.			3.			

Nombre y Firma (o huella digital) de la persona que recibe de conformidad la respuesta.

Nombre y Firma de la persona que proporciona la respuesta.

Fecha de recepción

Datos de la Línea Transportista

1. Nombre de la Línea					
2. Nombre del contratante del servicio					
3. Núm telefónico	LADA		Tel:		Tel:

Datos del Conductor

4. Nombre del conductor		6. Núm. Teléfono Celular							
5. No. de Licencia de Conducir:		7. Tipo	A	B	C	D	E	F	7. Vigencia:
8. Nombre del conductor de apoyo		10. Núm. Teléfono Celular							
9. No. de Licencia de Conducir:		11. Tipo	A	B	C	D	E	F	12. Vigencia:

Datos de la Unidad de Transporte

Datos del Seguro contra accidentes

12. Número Placas				18. Compañía Aseguradora			
13. Número Tarjeta de Circulación:				19. Numero de Poliza			
14. ¿Cuenta con baño?	SI	NO		20. Vigencia			
15. ¿Funciona el baño?	SI	NO		21. Cobertura			
16. ¿Cuenta con aire acondicionado?	SI	NO		22. Numero de asientos del Autobus			
17. ¿Funciona el aire acondicionado?	SI	NO					

23. Datos de salida:

Fecha	Hora	Lugar

24. Datos de llegada:

Fecha	Hora aprox.	Lugar

25. Ruta (mencionar principales municipios y entidades federativas que atraviesa)

26. Observaciones

27. Nombre y firma del Representante del SNE encargado del envío

Datos de la Línea Transportista

1. Nombre de la Línea					
2. Nombre del contratante del servicio					
3. Núm telefónico	LADA		Tel:		Tel:

Datos del Conductor

4. Nombre del conductor		6. Núm. Teléfono Celular							
5. No. de Licencia de Conducir:		7. Tipo	A	B	C	D	E	F	7. Vigencia:
8. Nombre del conductor de apoyo		10. Núm. Teléfono Celular							
9. No. de Licencia de Conducir:		11. Tipo	A	B	C	D	E	F	12. Vigencia:

Datos de la Unidad de Transporte

Datos del Seguro contra accidentes

12. Número Placas				18. Compañía Aseguradora			
13. Número Tarjeta de Circulación:				19. Numero de Poliza			
14. ¿Cuenta con baño?	SI	NO		20. Vigencia			
15. ¿Funciona el baño?	SI	NO		21. Cobertura			
16. ¿Cuenta con aire acondicionado?	SI	NO		22. Numero de asientos del Autobus			
17. ¿Funciona el aire acondicionado?	SI	NO					

23. Datos de salida:

Fecha	Hora	Lugar

24. Datos de llegada:

Fecha	Hora aprox.	Lugar

25. Ruta (mencionar principales municipios y entidades federativas que atraviesa)

26. Observaciones

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

SA 11

Fecha de elaboración:

ESTIMADO USUARIO

Para mejorar la calidad de los servicios que se ofertan y atenderte mejor, solicitamos su opinión sobre el servicio recibido. Los datos que proporcione serán confidenciales.

1.- ¿Cómo te enteraste del Subprograma? Televisión Radio Cartel Folleto
Otro Especifique: _____

2.- ¿Qué trámite realizaste ?
a) Información de ingreso al Subprograma SI NO
b) Apoyo para tú movilidad SI NO
b) Información de algún empleo SI NO

3.- ¿ Considera que fue adecuado el tiempo en el que el Servicio de Empleo te atendió ? SI NO

¿Por qué ? _____

4.- ¿Considera que la atención del personal del Servicio Nacional de Empleo, fue ? Excelente Bueno Regular Deficiente

5.- ¿Le entregaron credencial como beneficiario del Subprograma ? SI NO

6.- ¿Cobraron alguna cantidad o te pidieron dinero, algún favor personales o regalo para realizar el trámite ? SI NO

Anote el nombre de la persona: _____

7.- ¿Le informaron de manera clara y precisa respecto a los derechos y obligaciones que adquiere como beneficiario del Subprograma? SI NO

8.- ¿Es necesario mejorar el servicio ? SI NO

9.- ¿En qué área es necesario mejorar el servicio ?
 Información sobre vacantes y empresas SI NO
 Información sobre los apoyos económicos SI NO
 Información sobre los programas del Servicio Nacional de Empleo SI NO
 Atención personal adecuada SI NO
 Oportunidad en el otorgamiento de los apoyos SI NO
 Documentación que proporciona para ingresar SI NO
 Otro Especifique: _____

La Secretaría del Trabajo y Previsión Social, a través del Servicio Nacional de Empleo, está interesada en mantener una política de mejora continua en sus procesos y servicios a la ciudadanía, por lo que se solicita anotar en el siguiente cuadro los comentarios y sugerencias que propone para el mejoramiento del servicio.

Si lo consideras conveniente, permítenos contactarte:

Nombre: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

INFORMES, QUEJAS Y SUGERENCIAS:

Para cualquier información, queja o sugerencia llama al Servicio Nacional de Empleo por teléfono al 01800-841-2020 (EL SERVICIO ES GRATUITO) o en su caso envíe un correo electrónico a las siguientes direcciones:

Dirección General de Fomento a la Empleabilidad quejas.supervision@stps.gob.mx o a los números telefónicos (01 55) 2000 5426 y 2000 5477

Órgano Interno de Control STPS quejas_oic@stps.gob.mx o al número telefónico (01 55) 5002 3368

Secretaría de la Función Pública contactociudadano@funcionpublica.gob.mx al 01-800-386-24-66 en el interior de la República o (01 55) 2000-2000 en la Ciudad de México

SERVICIO NACIONAL DE EMPLEO DE

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

SA 12

Contrato de prestación de servicios de carácter civil que celebran por una parte _____(1)_____, en su carácter de Director(a) General del **Servicio Nacional de Empleo** _____(2)_____, personalidad que acredita con el nombramiento de fecha _____(3)_____, firmado por el(la) Lic. _____(4)_____ **Secretario(a) de Trabajo y Previsión Social del Gobierno de** _____(5)_____; en el que se le autoriza como ejecutor(a) del Programa de Apoyo al Empleo (PAE), a quien en lo sucesivo se le denominará **“La Dependencia”** y por la otra, por su propio derecho el(la) C. _____(6)_____ quien en adelante se le designará **“El Prestador del Servicio”**, de acuerdo a las declaraciones y cláusulas siguientes:

Declaraciones

I. **“La Dependencia”** declara que:

- I.1 Es un organismo público del gobierno estatal, de conformidad con los artículos _____(7)_____ de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de _____(8)_____.
- I.2 Entre sus facultades está la ejecución del Programa federal mencionado y en particular del Subprograma de Movilidad Laboral Sector Agrícola (SUMLI SA) conforme a lo dispuesto en los artículos 537 fracción III, 538 y 539 fracción I, incisos d, e, f y h, fracción III incisos c, d, e y h de la Ley Federal del Trabajo.
- I.3 Es su deseo contratar los servicios del (de la) C. _____(9)_____, a fin de llevar a cabo los trabajos establecidos a las personas que funjan como enlaces de campo en el SUMLI SA, atendiendo las actividades derivadas de la operación del programa en apego a los lineamientos normativos establecidos por la Coordinación General de Empleo de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social y/o El Servicio Nacional de Empleo _____(10)_____.
- I.4 Cuenta con recursos económicos que le son asignados mediante partida presupuestal de carácter federal destinados para cumplir con el programa, por tanto, el objeto y materia de la contratación está supeditada a la existencia de éste y al presupuesto aludido.
- I.5 Para los efectos legales de este contrato, señala como domicilio el ubicado en _____(11)_____.

II. **“El Prestador del Servicio”** declara que:

- II.1 Es de nacionalidad mexicana, estado civil _____(12)_____ y cuenta con el registro federal de contribuyentes no. _____(13)_____.
Para los efectos legales de este contrato señala como domicilio _____(14)_____.
- II.2 Tiene plena capacidad de goce y ejercicio, por lo que está en aptitud de obligarse conforme a las leyes mexicanas a cumplir con lo solicitado en el presente contrato y lo relativo a la operación del Subprograma de Sistema de Movilidad Laboral Interna Sector Agrícola, con fundamento en el Acuerdo mediante el cual se establecen las Reglas de Operación del Programa de Apoyo al Empleo, publicadas en el Diario Oficial de la Federación, el ___(15)___ del mes de _____ del 2013.
- II.3 Tiene los conocimientos y la capacidad técnica, en el perfil establecido en las normas y lineamientos operativos del Programa de Apoyo al Empleo, específicamente del Subprograma de de Movilidad Laboral Sector Agrícola, por lo que está consciente y acepta prestar sus servicios con apego a ellos.

“Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa”.

- II.4** Bajo protesta de decir verdad, no tiene impedimento alguno por ninguna disposición de Ley, para ser contratado por las dependencias del Gobierno Federal, así como por sus organismos descentralizados u órganos desconcentrados o por los Gobiernos de las Entidades Federativas.
- II.5** Conoce y acepta que por la naturaleza misma del Programa de Apoyo al Empleo, la prestación y duración del presente contrato será únicamente dentro del período comprendido a partir del día _____(16)_____ hasta el _____del 2012.

Declaración Conjunta: Las partes reconocen la personalidad jurídica con que ostentan, por lo que convienen en celebrar el presente contrato de prestación de servicios al tenor de las siguientes:

CLÁUSULAS

PRIMERA.- Objeto.- “El Prestador del Servicio” se obliga con “La Dependencia” a prestar sus servicios para realizar las actividades: **Referir funciones descritas en capítulo respectivo del Manual de Procedimientos.** En el desempeño de dichas actividades, dentro del Programa de Movilidad Laboral Sector Agrícola 2013, al “Prestador de Servicios” también se le denominará como “Enlace”

“El Prestador del Servicio” se compromete a asistir a las reuniones en el lugar y hora que le indique “La Dependencia”, así como rendir los informes que le sean solicitados por ésta y en los términos que se le requieran.

SEGUNDA.- Pagos.- “La Dependencia” se obliga a pagar a “El Prestador del Servicio” por los servicios materia del presente contrato, la cantidad \$____(17)_____, (_____M/N). En caso de que por algún motivo se rescinda el contrato al Prestador de Servicios antes de la fecha de término establecido en el mismo, “La Dependencia” se obliga a cubrir la parte equivalente a la parte proporcional del tiempo laborado por El Prestador del Servicio.

Las partes convienen en que el pago de honorarios y la retención del impuesto sobre la renta, se sujetarán a lo dispuesto por los artículos correspondientes de la Ley del Impuesto sobre la Renta vigente, para ello es obligado que el “Prestador del Servicio” entregue su Recibo de Honorarios al momento de recibir el pago correspondiente.

TERCERA.- Vigencia.- el presente contrato será vigente a partir del día ____ (18)_____ y terminará el día _____ del 2013

CUARTA.- Capacidad técnica-operativa.- La celebración del presente contrato se realiza en el entendido de que “El Prestador del Servicio” cuenta con los elementos propios y necesarios para ejecutar los servicios contratados.

QUINTA.- Cesión de derechos y obligaciones.- “El Prestador del Servicio” se obliga a realizar directamente los servicios para los cuales fue contratado y no podrá ceder o transferir en ningún caso, los derechos y obligaciones del mismo.

SEXTA.- Supervisión”.- “La Dependencia” a través de los representantes que para el efecto designe, tendrán la responsabilidad de vigilar y supervisar en todo momento los servicios objeto de este contrato, pudiendo éstos, solicitarle “al Prestador del Servicio”, la información, material o documentación necesaria para su revisión y, en su caso, aprobación.

“El Prestador del Servicio” se obliga a hacer del conocimiento de “La Dependencia” cualquier hecho o circunstancia que pueda dañar, entorpecer o retrasar la ejecución de los servicios prestados.

SÉPTIMA.- Propiedad intelectual.- las partes convienen en que las acciones objeto de este contrato que desarrollará “El Prestador del Servicio” en cumplimiento de sus obligaciones contractuales, son propiedad exclusiva de “La Dependencia” por lo que no se reserva derecho alguno sobre la titularidad de los mismos.

“Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa”.

OCTAVA.- Vigencia. Atendiendo a lo expuesto en la declaración II.5, el presente contrato tendrá únicamente efectos legales por el periodo indicado.

NOVENA.- Retención.- Cuando “**El Prestador del Servicio**” no cumpla con la totalidad de las obligaciones contractuales comprometidas, “**La Dependencia**” le retendrá la parte proporcional de los honorarios correspondientes a los servicios no cumplidos.

DÉCIMA.- Terminación anticipada.- “**La Dependencia**” tiene el derecho de dar por terminado el presente contrato de manera anticipada, sin responsabilidad alguna a su cargo, bastando para ello la notificación dada a “**El Prestador del Servicio**” con cinco días naturales de anticipación. Transcurrido dicho lapso, el contrato se considerará terminado de manera anticipada y se procederá a la liquidación de las obligaciones que se encuentren pendientes de cumplir por parte de “**La Dependencia**” o de “**El Prestador del Servicio**”, en su caso.

DÉCIMA PRIMERA.- Causas de rescisión.- serán causas de rescisión del presente contrato de Prestación de Servicios las siguientes:

- a) Si se comprueba que “**El Prestador del Servicio**” no reúne los requisitos establecidos para la realización de las actividades encomendadas para lo cual fue contratado y que manifestó ser capaz.
- b) Incurrir durante el desempeño de las actividades, en actos de deshonestidad, obtención de beneficios adicionales en forma indebida para él o un tercero ajeno a la relación contractual, que atenten contra la calidad en el servicio y prestigio de “**La Dependencia**”.
- c) Incumplir cualquiera de las responsabilidades a que se obligó como prestador de servicios profesionales, así como las que vayan en contra de las normas morales, éticas, reglamentos, o programas y proyectos vigentes de “**La Dependencia**”.

En caso de que “**El Prestador del Servicio**” incurra en alguna de las causas señaladas, sin necesidad de juicio y previa notificación con cinco días de anticipación, se dará por terminado el presente contrato.

DÉCIMA SEGUNDA.- Ambas partes reconocen que el presente contrato civil no constituye una relación personal subordinada a “**La Dependencia**” a cambio de un salario, por lo tanto de ninguna forma crea una relación de trabajo. Este contrato no genera derecho laboral alguno, limitándose exclusivamente a las obligaciones y derechos pactados en las cláusulas de este Contrato.

DÉCIMA TERCERA.- Ambas partes convienen en que lo no previsto en el presente contrato, se ajustará a lo establecido en el Código Civil del estado de _____(19)_____, así como al Acuerdo mediante el cual se establecen las Reglas de Operación del Programa de Apoyo al Empleo, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el día _____(20)_____.

Enteradas las partes del contenido y alcance legal del presente contrato, lo firman de conformidad en la ciudad de _____(21)_____, el día _____(22)_____del 2010.

Por la Dependencia (23)

El Prestador del Servicio (24)

Nombre, firma y cargo
Testigo (25)

Nombre y firma
Testigo

Nombre y firma

Nombre y firma

“Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa”.



**SUBSECRETARÍA DE EMPLEO Y PRODUCTIVIDAD LABORAL
COORDINACIÓN GENERAL DEL SERVICIO NACIONAL DE EMPLEO
SERVICIO NACIONAL DE EMPLEO DE: _____
RELACIÓN DE APOYOS ECONÓMICOS**

NÚMERO ÚNICO : _____
RECURSO: _____

----- VISTA PREVIA-----

FECHA DE INICIO Y TÉRMINO: _____

SA 13

PÁGINA __ DE __

CURP	NOMBRE	CONCEPTO	APOYO 1	FECHA RECEPCIÓN	FIRMA	APOYO 2*	FIRMA
			\$600.00				
SUBTOTAL DE APOYOS ECONÓMICOS							
TOTAL DE APOYOS ECONÓMICOS							

★ Es importante aclarar que el APOYO 2 se otorgará si y solo sí se confirma el arribo del jornalero a la empresa que registró la vacante respectiva.

NOMBRE 1

NOMBRE 2

NOMBRE 2

Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado y sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente.