



CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL Y
DESARROLLO ADMINISTRATIVO
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE POLÍTICA Y RELACIONES
LABORALES

**Validación de Datos Programa Extraordinario de Separación Voluntaria 2025
Modalidad Promoción Ascendente al nivel tabular de sueldos 19.9**

1. Datos generales del trabajador

Nombre del trabajador		Número de empleado	
CURP		Nivel salarial actual	
Edad		Antigüedad en el servicio	
Tipo de nómina (1 o 5)		Sección sindical	
Área de adscripción		No. de Plaza	

2. Documentación requerida

DOCUMENTACIÓN	VALIDACIÓN	OBSERVACIONES
Identificación oficial (INE/pasaporte)		
Último recibo de pago con QR		
Comprobante de servicios (original) No mayor a tres meses		
Formato de Solicitud de inscripción al Programa de Separación Voluntaria 2025 para el Personal de Base Sindicalizado tipo de nómina 1 y 5 (Anexo I)		
Renuncia Irrevocable (Anexo II)		
Carta aceptación (Anexo IV)		

3. Autorización

Nombre y firma del trabajador

Declaro bajo protesta de decir verdad que toda la información proporcionada, es verídica, completa y actualizada.

Nombre, cargo y firma

Autorizó: Director General de Administración u Homólogo de la Unidad Administrativa del Órgano de la Administración Pública del Gobierno de la Ciudad de México

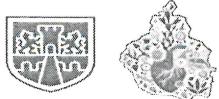
Resguardo de expedientes físico: Órganos de la Administración Pública del Gobierno de la Ciudad de México.
Electrónico: en plataforma designada.

Fray Servando Teresa de Mier 77, Piso 3, Colonia Centro, Alcaldía Cuauhtémoc, C. P. 06000, Ciudad de México.



2025
Año de
La Mujer
Indígena

70
AÑOS
DE LA FUNDACIÓN DE
TENOCHTITLÁN



CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL Y
DESARROLLO ADMINISTRATIVO
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE POLÍTICA Y RELACIONES LABORALES

ANEXO ÚNICO

Cédula de Validación Programa Extraordinario de Asignación de Dígito Sindical por Edad y Antigüedad 2025

1. Datos generales de la persona trabajadora

Nombre de la persona trabajadora		Número de empleado	
Fecha de Nacimiento		Nivel salarial actual	
CURP		Universo	
RFC		Área de adscripción	
Edad		Antigüedad en el servicio	
Situación Plaza		No. de Plaza	
Código de Puesto		Tipo de nómina (1 o 5)	
Fecha de Alta			

2. Exclusiones

SI	NO	OBSERVACIONES

3. Autorización

Nombre, cargo y firma Autorizó: Director General de Administración u Homólogo de la Unidad Administrativa del Órgano de la Administración Pública del Gobierno de la Ciudad de México	Sello de la Dirección General de Administración u Homólogo de la Unidad Administrativa del Órgano de la Administración Pública del Gobierno de la Ciudad de México
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fray Servando Teresa de Mier 77, Piso 3,
Colonia Centro, Alcaldía Cuauhtémoc, C. P.
06000, Ciudad de México.





CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL Y
DESARROLLO ADMINISTRATIVO
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE POLÍTICA Y RELACIONES
LABORALES

**Validación de Datos Programa de Separación Voluntaria 2025
Modalidad Plaza por Plaza**

1. Datos generales del trabajador

Nombre del trabajador		Número de empleado	
CURP		Nivel salarial actual	
Edad		Antigüedad en el servicio	
Tipo de nómina (1 o 5)		Sección sindical	
Área de adscripción		No. de Plaza	

2. Documentación requerida del trabajador

DOCUMENTACIÓN	VALIDACIÓN	OBSERVACIONES
Identificación oficial (INE/pasaporte)		
Acta de Nacimiento del trabajador		
Último recibo de pago con QR		
Comprobante de servicios (original) No mayor a tres meses		
Formato de Solicitud de inscripción al Programa de Separación Voluntaria 2025 para el Personal de Base Sindicalizado tipo de nómina 1 y 5 (Anexo I)		
Renuncia Irrevocable (Anexo II)		
Designación de Beneficiaria(O) al Programa de Separación Voluntaria 2025 (Plaza por Plaza) (Anexo III)		

3. Documentación requerida del beneficiado

DOCUMENTACIÓN	VALIDACIÓN	OBSERVACIONES
Identificación oficial (INE/pasaporte)		
Acta de Nacimiento / Acta de Matrimonio/ Constancia de Concubinato		
CURP		

4. Autorización

Nombre y firma del trabajador

Declaro bajo protesta de decir verdad que toda la información proporcionada, es verídica, completa y actualizada.

Nombre, cargo y firma

Autorizó: Director General de Administración u Homólogo de la Unidad Administrativa del Órgano de la Administración Pública del Gobierno de la Ciudad de México

Resguardo de expedientes físico: Órganos de la Administración Pública del Gobierno de la Ciudad de México.
Electrónico: en plataforma designada.

Fray Servando Teresa de Mier 77, Piso 3, Colonia Centro, Alcaldía Cuauhtémoc, C. P. 06000, Ciudad de México.





CIUDAD DE MÉXICO

CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL Y
DESARROLLO ADMINISTRATIVO

Ciudad de México, a _____ de _____ de 2025

ANEXO I

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA DE SEPARACIÓN VOLUNTARIA 2025 PARA EL PERSONAL DE BASE SINDICALIZADO TIPO DE NÓMINA 1 y 5.

DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN DE CAPITAL HUMANO U HOMÓLOGO DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA.

Quien suscribe _____
Número de Empleado _____ RFC _____ Sección Sindical _____ Tipo de Nómina _____ Número
de Plaza _____ Nivel Salarial _____ Fecha de ingreso al GCDMX _____
Años de Servicio _____ Área de Adscripción _____

Por así convenir a mis intereses y en pleno uso de mis facultades mentales, libre de coacción física o moral, es mi voluntad expresa, de manera libre, espontánea, autónoma, y con carácter de irrevocable, de ser inscrita (o) al Programa de Separación Voluntaria 2025, en la modalidad:

a) Promoción ascendente

b) Plaza por plaza

Bajo protesta de decir verdad, manifiesto que los datos que anteceden son verdaderos y que conozco las sanciones que se les imponen a las personas que se conducen con falsedad en declaración judicial o ante autoridad administrativa; así mismo manifiesto que no soy parte demandante de algún juicio o procedimiento administrativo, laboral o penal en contra de las Dependencias, Unidades Administrativas, Órganos Desconcentrados, Alcaldías, y Entidades de la Administración Pública del Gobierno de la Ciudad de México, que conozco el contenido y alcance legal de mi inscripción al Programa de Separación Voluntaria 2025, regulado por los “Lineamientos para el programa extraordinario de Separación Voluntaria 2025 para el personal trabajador de base nómina 1 y 5, agremiado al sindicato único de trabajadores del Gobierno del Distrito Federal hoy Ciudad de México u otro Sindicato legalmente constituido con descriptivo nominal, de las Dependencias, Unidades Administrativas, Órganos Desconcentrados, Alcaldías y Entidades de la Administración Pública del Gobierno de la Ciudad de México”, por lo que una vez inscrita (o) no procederá cancelación alguna.

NOMBRE, FIRMA Y HUELLA DEL(A) SOLICITANTE

AUTORIZÓ

REVISÓ y VALIDÓ

NOMBRE, FIRMA Y CARGO

NOMBRE, FIRMA Y CARGO

Fray Servando Teresa de Mier No. 77, Piso 6, Colonia Centro, Alcaldía Cuauhtémoc, C. P. 06000, Ciudad de México.



2025
Año de
La Mujer
Indígena

70
AÑOS
DE LA FUNDACIÓN DE
TENOCHTITLÁN



CIUDAD DE MÉXICO

CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL Y
DESARROLLO ADMINISTRATIVO

Ciudad de México, a _____ de _____ de 202_____

ANEXO II

RENUNCIA IRREVOCABLE

**DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
DE CAPITAL HUMANO U HOMÓLOGO DE LA
UNIDAD ADMINISTRATIVA.**

A partir de esta fecha y por así convenir a mis intereses y en pleno uso de mis facultades mentales, libre de coacción física o moral, es mi voluntad expresa, de manera libre, espontánea, autónoma, y con carácter de irrevocable renunciar al puesto de _____ Número de Empleado _____ Número de Plaza _____
Código de Puesto _____ Tipo de Nómina _____ Nivel Salarial _____ Área de Adscripción _____
_____, con efectos al _____.

Por lo que manifiesto que esta decisión es producto de mi propia reflexión y que no he sido coaccionado, presionado o influenciado de manera alguna para dar por terminada mi relación laboral. Reitero que mis derechos laborales y humanos han sido respetados en todo momento durante mi relación laboral con el Gobierno de la Ciudad de México, Dependencias, Unidades Administrativas, Órganos Desconcentrados, Alcaldías, y Entidades de la Administración Pública del Gobierno de la Ciudad de México,

Lo anterior con fundamento en los artículos 1 y 46 fracción I de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B), del Artículo 123 Constitucional.

Por lo anterior, no me reservo acción ni derecho alguno en el presente, ni en el futuro, de ninguna naturaleza, administrativa, laboral, civil o penal que haga valer en contra de las Dependencias, Unidades Administrativas, Órganos Desconcentrados, Alcaldías, y Entidades de la Administración Pública del Gobierno de la Ciudad de México.

Asimismo, señalo que, me han sido cubiertas todas y cada una de las percepciones a las que tengo derecho, sin que exista ningún adeudo, controversia o reclamación pendiente de resolución, por lo que no se me adeuda cantidad alguna por ningún concepto devengado hasta la fecha.

NOMBRE Y FIRMA DEL(A) SOLICITANTE

SELLO DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA

HUELLA DACTILAR





CIUDAD DE MÉXICO

CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL Y
DESARROLLO ADMINISTRATIVO

Ciudad de México, a _____ de _____ de 2025

ANEXO III

DESIGNACION DE BENEFICIARIA(O) AL PROGRAMA DE SEPARACION VOLUNTARIA 2025 (PLAZA POR PLAZA).

DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN DE CAPITAL HUMANO U HOMÓLOGO DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA.

Quien suscribe _____

Número de Empleado _____ Número de Plaza _____ Código de Puesto _____

Tipo de Nómina _____ Nivel Salarial _____ Área de Adscripción _____

me permito solicitar a Usted, que la plaza que vengo ocupando en el Gobierno de la Ciudad de México, sea incorporada al Programa de Separación Voluntaria 2025 (Plaza por Plaza).

Bajo protesta de decir verdad, manifiesto que los datos que anteceden son verdaderos y que conozco las sanciones que se les imponen a las personas que se conducen con falsedad en declaración judicial o ante autoridad distinta a la judicial, así mismo manifiesto que no soy parte demandante de algún juicio o procedimiento administrativo, laboral o penal en contra de las Dependencias, Unidades Administrativas, Órganos Desconcentrados, Alcaldías, y Entidades de la Administración Pública del Gobierno de la Ciudad de México, por lo que me permito designar a la beneficiaria o al beneficiario de acuerdo a los "LINEAMIENTOS PARA EL PROGRAMA DE SEPARACIÓN VOLUNTARIA 2025 PARA EL PERSONAL TRABAJADOR DE BASE SINDICALIZADO NÓMINA 1 y 5, AGREMIADO AL SINDICATO ÚNICO DE TRABAJADORES DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO U OTRO SINDICATO LEGALMENTE CONSTITUIDO, DE LOS ÓRGANOS DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO"

NOMBRE	PARENTESCO

NOMBRE Y FIRMA DEL(A) SOLICITANTE

SELLO DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA

HUELLA DACTILAR





CIUDAD DE MÉXICO

CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL Y
DESARROLLO ADMINISTRATIVO

Ciudad de México, a _____ de _____ de 202_____

ANEXO IV

CARTA DE ACEPTACIÓN

**DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
DE CAPITAL HUMANO U HOMÓLOGO DE LA
UNIDAD ADMINISTRATIVA.**

A partir de esta fecha y por así convenir a mis intereses y en pleno uso de mis facultades mentales, libre de coacción física o moral, es mi voluntad expresa, de manera libre, espontánea, autónoma, y con carácter de irrevocable otorgar mi consentimiento para que el Número de Plaza _____, que ocupo como trabajador en el puesto de _____

_____, Número de Empleado _____ Número de Plaza _____ Código de Puesto _____

_____, Tipo de Nómina _____ Nivel Salarial _____ Área de Adscripción _____, sea transformada para un ajuste nominal a nivel tabular 19.9.

Por lo que manifiesto que esta decisión es producto de mi propia reflexión y que no he sido coaccionado, presionado o influenciado de manera alguna para aceptar la transformación de mi plaza descrita con anterioridad al nivel tabular 19.9.

NOMBRE Y FIRMA DEL(A) SOLICITANTE

SELLO DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA

HUELLA DACTILAR





CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

CONSENTIMIENTO PROVISIONAL PARA SER ASEGURADO Y DESIGNACIÓN DE
BENEFICIARIO
SEGRO CONTRATADO POR EL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MEXICO A FAVOR DE LOS
SERVIDORES PÚBLICOS

DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRES DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NUMERO DE EMPLEADO

NUMERO DE UNIDAD ADMINISTRATIVA

DATOS QUE DEBERÁ REQUISITAR EL ASEGURADO (DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO)

NOMBRE COMPLETO

PARENTESCO

PORCENTAJE

FECHA DE ELABORACION

NOMBRE, FIRMA O HUELLA DIGITAL DEL TRABAJADOR

SELLO DE RECEPCION DE LA DEPENDENCIA DE ADSCRIPCION



DATOS DEL ASEGURADO

1

NOMBRES DEL TRABAJADOR

2

APELLIDO PATERNO

3

APELLIDO MATERNO

4

NUMERO DE EMPLEADO

5

NUMERO DE UNIDAD ADMINISTRATIVA

DATOS QUE DEBERÁ REQUISITAR EL ASEGURADO (DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO)

NOMBRE COMPLETO

PARENTESCO

PORCENTAJE

6

7

8

FECHA DE ELABORACION

9

NOMBRE, FIRMA O HUELLA DIGITAL DEL TRABAJADOR

10

SELLO DE RECEPCION DE LA DEPENDENCIA DE ADSCRIPCION

NO SELLAR

SECRETARIA DE SALUD DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE CAPITAL HUMANO
SUBDIRECCIÓN DE CONTROL DE PERSONAL
UNIDAD DEPARTAMENTAL DE CONTROL DE PERSONAL

INSTRUCTIVO PARA LLENADO DEL FORMATO PROVISIONAL DE CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO Y
DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Favor de leer cuidadosamente este documento antes de llenar el formato, **ESTE FORMATO SE DEBE DE LLENAR CON TINTA AZUL, SOLO DE PLUMA COMERCIAL, NO TINTA DE GEL, NI PLUMÓN NI PLUMA FUENTE, NO DEBE PRESENTAR ERRORES, NI DATOS REMARCADOS.**

Este formato es provisional y se tiene en resguardo en lo que se emite el formato oficial, además sirve de base para la captura del mismo. **Favor de anotar con letra clara los datos que se solicitan** en cada campo que son:

1. NOMBRE DEL TRABAJADOR: Anotar su nombre (s) tal como aparece en el acta de nacimiento.
2. APELLIDO PATERNO: Anotar apellido paterno tal como aparece en el acta de nacimiento.
3. APELLIDO MATERNO: Anotar apellido materno tal como aparece en el acta de nacimiento.
4. NÚMERO DE EMPLEADO: Anotar su número de empleado asignado.
5. NÚMERO DE UNIDAD ADMINISTRATIVA: Anota el número **24**
6. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS: Anotar el nombre tal y como aparece en su acta de nacimiento del (los) beneficiario (s) que decida el trabajador, pueden ser desde 1 hasta 5 beneficiarios.
7. PARENTESCO: Señalar el parentesco legalmente comprobante del beneficiario designado.
8. PORCENTAJE: Señalar el % asignado al beneficiario, no se permiten decimales, solo números enteros, el total debe sumar 100%.
9. FECHA DE ELABORACIÓN: Anotar la fecha del día en que se requisita la información.
10. FIRMA O HUELLA ORIGINAL DEL ASEGURADO: En este espacio favor de firmar con tinta **AZUL O NEGRA, SOLO DE PLUMA COMERCIAL, NO TINTA DE GEL, NI PLUMÓN NI PLUMA FUENTE**, sobre la línea.

NOTA: Deberá anexar INE y CURP de los beneficiarios.

IMPORTANTE: EL RECUADRO DEL SELLO DE RECEPCIÓN DE LA DEPENDENCIA DE ADSCRIPCIÓN DEBE QUEDAR EN BLANCO, YA QUE ES DE USO EXCLUSIVO DE LA DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE CAPITAL HUMANO.