

# FORMATO DE SOLICITUD DE ACCESOS, MODIFICACIONES Y CANCELACIÓN DE CUENTAS

## 1. TIPO DE TRÁMITE (Seleccionar con una X)

|                                              |                                                |                                             |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ALTA / NUEVO ACCESO | <input type="checkbox"/> MODIFICACIÓN / PERFIL | <input type="checkbox"/> BAJA / CANCELACIÓN |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------|

## 2. DATOS GENERALES Y LABORALES DEL SERVIDOR PÚBLICO

|                                |                   |                                   |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------------------|
| Primer Apellido:               | Segundo Apellido: | Nombre(s):                        |
| Filiación (RFC con Homoclave): | Usuario:          | Correo Electrónico Institucional: |

*Todos los datos son obligatorios*

### 3. SELECCIÓN DE PERFILES REQUERIDOS

Marque con una X los sistemas y/o módulos a los que solicita acceso o cancelación:

#### Sistema de Movimientos de las Unidades - SIMU (PERSONAL)

| Perfil solicitado |  | Valida | Autoriza |
|-------------------|--|--------|----------|
| Unidades:         |  |        |          |

### 4. MOTIVO

Observaciones / Justificación:

### 5. RESPONSIVAS Y CONFIDENCIALIDAD DE USO

#### Persona Pública Designada:

Con la firma del presente documento, la persona servidora pública designada reconoce, declara y acepta lo siguiente:

1. Que la clave de usuario y contraseña asignadas para el acceso al sistema son de su único, exclusivo e intransferible,
2. Guardar las debidas medidas de seguridad de la contraseña, así como de la seguridad informática y de la información aplicables
3. Que la información y datos personales a los que tenga acceso en el desempeño de sus funciones (incluyendo datos personales sensibles, financieros, laborales y de nómina) son de carácter confidencial conforme a la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, la Ley General de Protección de Datos Personales

en Posesión de Sujetos Obligados, las Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud y demás normativa aplicable.

4. Se compromete a guardar absoluta reserva y confidencialidad de la información, no divulgarla, copiarla, modificarla, extraerla o utilizarla para fines distintos a los estrictamente institucionales asignados a su cargo, reconociendo que esta obligación subsistirá aún después de haber concluido su relación laboral o cambio de adscripción.

**Persona Pública que autoriza:**

Por medio del presente documento, en mi calidad de Titular / Coordinador Administrativo de la Unidad antes señalada, manifiesto mi pleno consentimiento y para la **designación formal** a la persona servidora pública indicada en la numeral 2 del presente documento, para realizar las gestiones relativas a captura de información, solicitudes de modificación y trámites operativos de los movimientos de personal que se registren en el Sistema

Asimismo, declara que la información que se tramite, capture o modifique por la persona servidora pública designada para el acceso y operación del sistema de esta Unidad Responsable, contará con el aval y confirmación de Titular / Coordinador Administrativo que suscribe, con el compromiso responsable de notificar de manera directa y oportuna a la Dirección General de Recursos Humanos y Organización, cualquier cambio de adscripción, baja o revocación de la designación en el Sistema.

## 6. FIRMAS DE SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN

|                                        |                                                                                                   |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SOLICITA</b>                        | <b>AUTORIZA</b>                                                                                   |
| <b>Nombre, Cargo y Firma autógrafa</b> | <b>Nombre, Cargo y Firma autógrafa</b><br><b>Director(a) y/o Coordinador(a) Administrativo(a)</b> |