

I. FECHA DE:

SOLICITUD	AÑO	MES	DÍA
ACTUALIZACIÓN			

INSTRUCCIONES GENERALES

Esta forma deberá ser llenada por el responsable de la solicitud, del centro de trabajo, área educativa o administrativa, y se entregará en el Departamento de Estadística de la Dirección de Planeación Educativa del Organismo Responsable de la Educación en el Estado. Si el movimiento procede, el solicitante recibirá notificación en un plazo no mayor de 15 días. Asimismo, debe anexar la documentación correspondiente que justifica el movimiento. No escriba en las áreas sombreadas.

II. TIPO DE MOVIMIENTO

Marque con una X el cuadro correspondiente, excepto en el campo del motivo de la clausura.

ALTA	<input type="checkbox"/>	REAPERTURA	<input type="checkbox"/>
CAMBIO DE ATRIBUTOS	<input type="checkbox"/>	LATENCIA	<input type="checkbox"/>
CLAUSURA	<input type="checkbox"/>		

III. INFORMACIÓN CARTOGRÁFICA.

(Proporcionar al Área de Sistemas Cartográficos del Departamento de Estadística)

		Clave Inmueble:		Clave Centro de Trabajo:	
VIALIDADES:	TIPO DE VIALIDAD	NOMBRE DE LA VIALIDAD			
Principal:					
Núm. Ext.			NÚM. INT.		
Derecha:					CODIGO POSTAL
Izquierda:					
Posterior:					
Municipio:					
Localidad:					
Asentamiento:		TIPO	NOMBRE		
	CARTA TOPOGRÁFICA	AGEB	LONGITUD	LATITUD	ALTITUD

IV. CROQUIS DE LA UBICACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO <https://www.google.com/maps>



V. DATOS BÁSICOS DEL INMUEBLE (Escriba una X en el lugar correspondiente. Sección exclusiva para planteles)

		Sí	No
1. ¿ Se construyó el inmueble para uso educativo?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿El inmueble es de nueva creación?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. El inmueble es:	Prestado <input type="checkbox"/>	Rentado <input type="checkbox"/>	Propio <input type="checkbox"/>
4. ¿El plantel comparte el inmueble con otro plantel? *		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

* Especifique la(s) clave(s) del (los) centro(s) de trabajo que labora(n) en el inmueble:

1.		7.	
2.		8.	
3.		9.	
4.		10.	
5.		11.	
6.		12.	

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR Ó SOLICITANTE

FELIPE MOLINA ORDOÑEZ
VISTO BUENO SUBJEFATURA DE SISTEMAS CARTOGRAFICOS
EDUCATIVOS

FORMA CCT-NM (versión 2019-2020)

FECHA DE:
SOLICITUD AÑO MES DÍA
ACTUALIZACIÓN

Clave del Centro de Trabajo:

TIPO DE MOVIMIENTO

Marque con una X el cuadro correspondiente, excepto en el campo del motivo de la clausura.

ALTA REAPERTURA
CAMBIO DE ATRIBUTOS LATENCIA
CLAUSURA

Clave de Inmueble Escolar:

Marque con X una o más casillas del turno según sea la situación del centro de trabajo

TURNO MATUTINO VESPERTINO DISCONTINUO CONTINUO NOCTURNO CLAVE

NOMBRE DEL CT
LADA TELÉFONO(S) 1.- 2.- EXTENSIONES 1.- 2.- CELULARES 1.- 2.-

CORREO(S)
ELECTRÓNICO(S)
PÁGINA(S) WEB

ZONA ESCOLAR JEFATURA DE SECTOR SUPERVISIÓN ESCOLAR DE EDUCACIÓN FÍSICA
SERVICIO REGIONAL ALMACÉN DE LIBROS DE TEXTO CLAVE DE LA INSTITUCIÓN RECTORA O BIBLIOTECA

DEPENDENCIA NORMATIVA
SERVICIO
SOSTENIMIENTO

FECHA DE FUNDACIÓN MOTIVO DE LA CLAUSURA
AÑO MES DÍA Especifique las claves de CT donde se radicaron los recursos presupuestales (sección exclusiva para escuelas públicas federales y federales transferidas) 1.- 2.- 3.- 4.-

NOMBRE DEL DIRECTOR O RESPONSABLE DEL
RFC HOMONIMIA CURP

V I I. INCORPORACIONES (AUTORIZACIÓN O RECONOCIMIENTO DE ESTUDIOS)

- 1. TIPOS DE INCORPORACIÓN:**
1.- Autorización de la SEP (Federal) 5.- REVOE del estado (Estatal)
2.- Autorización del Estado (Estatal) 6.- REVOE del estado (federal transferida)
3.- Autorización del Estado (Federal transferido) 7.- Reconocimiento autónomo 8.- No incorporada o sin reconocimiento
4.- Reconocimiento de la SEP (Federal)
- 2. TIPOS DE MODALIDAD:**
1.- Escolarizada
2.- Mixta
3.- No escolarizada (incluye en línea)

TIPO ¹	NÚMERO DE AUTORIZACIÓN O RECONOCIMIENTO DE ESTUDIOS	FECHA DEL ACUERDO (Año, mes y día)	AÑO DEL PLAN O PROGRAMA DE ESTUDIOS	MARQUE CON UNA X					
				MODALIDAD ²	DURACIÓN	AÑO(S)	SEMESTRE(S)	CUATRIMESTRES	TRIMESTRE(S)
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									

NOMBRE DEL PLAN O PROGRAMA DE ESTUDIO

SI EL PLANTEL ES EDUCACIÓN BÁSICA DEFINA SI PARTICIPA EN EL PROGRAMA DE: T TIEMPO COMPLETO JORNADA AMPLIADA

VIII. OBSERVACIONES

V I I I. DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR Ó SOLICITANTE

HECTOR DE LA TORRE CRUZ
VISTO BUENO SUBJEFATURA DE CATÁLOGOS BÁSICOS