**ACTA CONSTITUTIVA**

ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMNISTRATIVA DESCONCENTRADA (1)

SECCIÓN SINDICAL No. (2)

EN LA CIUDAD DE (3) EN LAS OFICINAS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, SIENDO LAS (4) , ESTANDO REUNIDOS LOS REPRESENTANTES DE LA SUBCOMISIÓN MIXTA DE CAPACITACIÓN Y ADIESTRAMIENTO:

POR EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (5)

POR EL SINDICATO NACIONAL DE TRABAJADORES DEL SEGURO SOCIAL (6)

PARA CONSTITUIR EL COMITÉ LOCAL MIXTO DE CAPACITACIÓN Y ADIESTRAMIENTO, DAN FE DE LA DESIGNACIÓN DE LOS CC.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **POR EL IMSS** | | **POR EL SNTSS** | |
| **NOMBRE** | **FIRMA** | **NOMBRE** | **FIRMA** |
| (7) |  | (8) |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

LOS COMPARECIENTES MANIFIESTAN ESTAR TOTALMENTE DE ACUERDO CON LA DESIGNACIÓN QUE SE LES CONFIERE Y PROTESTAN CUMPLIR Y HACER CUMPLIR LAS FUNCIONES, FACULTADES Y OBLIGACIONES CONTENIDAS EN LA CLÁUSULA 114 DEL CONTRATO COLECTIVO DEL TRABAJO, EN EL REGLAMENTO DE CAPACITACIÓN Y ADISTRAMIENTO, EN LOS LINEAMIENTOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LOS COMITÉS LOCALES MIXTOS DE CAPACITACIÓN Y ADIESTRAMIENTO, QUE EN ESTE ACTO SE LES ENTREGAN Y QUE RECIBEN DE CONFORMIDAD.

DAN FE:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| IMSS |  | SNTSS |
| (9) |  | (10) |
| REPRESENTANTE INSTITUCIONAL SUBCOMISIÓN MIXTA DE CAPACITACIÓN Y ADIESTRAMIENTO |  | REPRESENTANTE SINDICAL SUBCOMISIÓN MIXTA DE CAPACITACIÓN Y ADIESTRAMIENTO |

**Forma CC/1 ( Anexo 1 )**

|  |
| --- |
| INSTRUCTIVO DE LLENADO ACTA CONSTITUTIVA |

|  |  |
| --- | --- |
| **No. RUBRO** | **FORMA DE LLENADO** |
| 1 | El nombre del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada. |
| 2 | Número romano de la sección sindical que corresponda. |
| 3 | Nombre de la ciudad donde se levanta el acta. |
| 4 | Hora en que se levante el acta. |
| 5 | Nombre y cargo del Representante Institucional ante la Subcomisión Mixta de Capacitación y Adiestramiento. |
| 6 | Nombre y cargo del Representante Sindical ante la Subcomisión Mixta de Capacitación y Adiestramiento. |
| 7 | Nombre y firma de los integrantes institucionales designados para formar parte del Comité Local Mixto de Capacitación y Adiestramiento. |
| 8 | Nombre y firma de los integrantes sindicales designados para formar parte del Comité Local Mixto de Capacitación y Adiestramiento. |
| 9 | Nombre y firma del Representante Institucional de la Subcomisión Mixta de Capacitación y Adiestramiento. |
| 10 | Nombre y firma del Representante Sindical de la Subcomisión Mixta de Capacitación y Adiestramiento. |

ACTA DE LA SESIÓN No. (1)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fecha: | Día | Mes | Año |
| (2) |  |  |

Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada: (3)

Unidad Operativa: (4)

Sede: (5)

Coordinador de la sesión: (6)

Secretario Técnico: (7)

Hora de Inicio: (8) Hora de Término: (9)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PARTICIPANTES** | | | |
| **IMSS** | | **SNTSS** | |
| **NOMBRE** | **FIRMA** | **NOMBRE** | **FIRMA** |
| (10) |  | (11) |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **ORDEN DEL DÍA** |
| **(12)**   1. Lista de asistencia. 2. Lectura discusión y aprobación, en su caso, del acta de la sesión anterior. 3. Seguimiento de acuerdos de sesiones anteriores. 4. Asuntos a tratar. 5. Asuntos extraordinarios. 6. Aprobación de fecha, lugar y hora de la próxima sesión. |

|  |  |
| --- | --- |
| **LUGAR DE LA PRÓXIMA SESIÓN**  **(13)** | **Fecha y Hora.**  **(14)** |

**Forma CC/2 (Anexo2)**

ACTA DE SESIÓN No.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No.** | **ASUNTOS A TRATAR** | **ACUERDOS Y FECHA DE SOLUCIÓN** |
|  | (15) | (16) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

No habiendo otro asunto que tratar, se da por terminada la sesión a las horas del día de su inicio, firmado al margen y al calce los que en ella intervinieron.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PARTICIPANTES** | | | |
| **IMSS** | | **SNTSS** | |
| **NOMBRE** | **FIRMA** | **NOMBRE** | **FIRMA** |
| (17) |  | (18) |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| (19) |
| **SECRETARIO TÉCNICO** |

**Forma CC/2 (Anexo 2)**

|  |
| --- |
| INSTRUCTIVO DE LLENADO ACTA DE LA SESIÓN |

|  |  |
| --- | --- |
| **No. RUBRO** | **FORMA DE LLENADO** |
| 1 | Número de sesión, de acuerdo al número consecutivo que corresponda. |
| 2 | Fecha de realización de la sesión. |
| 3 | Nombre del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada. |
| 4 | Nombre de la Unidad Operativa que corresponde. |
| 5 | Lugar en donde se realizó la sesión. |
| 6 | Nombre y cargo de la persona que fungió como Coordinador de la sesión. |
| 7 | Nombre completo y cargo del Secretario Técnico. |
| 8 | Hora en que dio inicio la sesión. |
| 9 | Hora de término de la sesión. |
| 10 | Nombre y firma de los Participantes por parte de IMSS. |
| 11 | Nombre y firma de los Participantes por parte del Sindicato. |
| 12 | Puntos que deben incluirse en el orden del día de la sesión del Comité Local Mixto de Capacitación y Adiestramiento. |
| 13 | Sede de la próxima sesión. |
| 14 | Especificar fecha y hora de la próxima sesión. |
| 15 | Asuntos comentados durante la sesión. |
| 16 | Establecer los acuerdos a los que se haya llegado, con su respectiva fecha de solución. |
| 17 | Nombre y firma de los Participantes por parte de IMSS. |
| 18 | Nombre y firma de los Participantes por parte del Sindicato. |
| 19 | Nombre y firma del Secretario Técnico |

**Forma CC/2 (Anexo 2)**

**COMITÉ LOCAL MIXTO DE CAPACITACIÓN Y ADIESTRAMIENTO**

**INFORME TRIMESTRAL DE ASUNTOS RELEVANTES**

|  |  |
| --- | --- |
| ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA | **(1)** |

|  |  |
| --- | --- |
| TRIIMESTRE | **(2)** |

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE DE LA UNIDAD OPERATIVA: | **(3)** |

|  |  |
| --- | --- |
| No. SESIÓNES | **(4)** |

|  |  |
| --- | --- |
| FECHA: | **(5)** |

|  |  |
| --- | --- |
| No. DE ACUERDOS | **(6)** |

|  |  |
| --- | --- |
| No. ASUNTOS RESUELTOS | **(7)** |

|  |
| --- |
| OBSERVACIONES, CONSULTAS, COMENTARIOS O ASUNTOS QUE AMERITAN LA INTERVENCIÓN DE LA SUBCOMISIÓN MIXTA DE CAPACITACIÓN Y ADIESTRAMIENTO |
| **(8)** |

**COMITÉ LOCAL MIXTO DE CAPACITACIÓN Y ADIESTRAMIENTO**

**(9)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PARTICIPANTES** | | | |
| **IMSS** | | **SNTSS** | |
| **NOMBRE** | **FIRMA** | **NOMBRE** | **FIRMA** |
| (17) |  | (18) |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Forma CC/3 (Anexo 3)**

|  |
| --- |
| INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL INFORME TRIMESTRAL DE ASUNTOS RELEVANTES  (Del Comité Local Mixto de Capacitación y Adiestramiento) |

|  |  |
| --- | --- |
| **NO. RUBRO** | **FORMA DE LLENADO** |
| **1** | **El nombre del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada.** |
| **2** | **Trimestre que corresponde.** |
| **3** | **Nombre de la Unidad Operativa.** |
| **4** | **Número de sesión que corresponda, según conteo consecutivo.** |
| **5** | **Fecha de elaboración del informe, que deberá entregarse dentro de los últimos cinco días hábiles de cada trimestre (marzo, junio, septiembre y diciembre)** |
| **6** | **No. de Acuerdos aprobados por los Comités Locales Mixtos de Capacitación y Adiestramiento.** |
| **7** | **Total de asuntos resueltos.** |
| **8** | **Breve descripción de los asuntos que requieran de la intervención y/o conocimiento de la Subcomisión Mixta de Capacitación y Adiestramiento.** |
| **9** | **Firma de los integrantes del Comité Local Mixto de Capacitación y Adiestramiento, de cada una de las partes.** |

**Forma CC/3 (Anexo 3)**

**SUBCOMISIÓN MIXTA DE CAPACITACIÓN Y ADIESTRAMIENTO**

**COMITÉ LOCAL MIXTO DE CAPACITACIÓN Y ADIESTRAMIENTO**

**INFORME TRIMESTRAL DE ASUNTOS RELEVANTES**

|  |
| --- |
| FECHA: (1) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA (2) | | | TRIMESTRE: (3) |
| No. DE COMITÉS  (4) | No. DE SESIONES:  (5) | No. DE ACUERDOS:  (6) | No. DE ASUNTOS RESUELTOS: (7) |
| OBSERVACIONES, CONSULTAS, COMENTARIOS O ASUNTOS QUE AMERITEN LA INTERVENCIÓN DE LA REPRESENTACIÓN EJECUTIVA DE LA COMISIÓN NACIONAL MIXTA DE CAPACITACIÓN Y ADIESTRAMIENTO (CNMCA): | | | |
| (8) | | | |
| OBSERVACIONES  (9) | | | |

**SUBCOMISIÓN MIXTA DE CAPACITACIÓN Y ADIESTRAMIENTO**

(10)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| REPRESENTANTE INSTITUCIONAL |  | REPRESENTANTE SINDICAL |

**Forma CC/4 (Anexo 4)**

|  |
| --- |
| INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL INFORME TRIMESTRAL DE ASUNTOS RELEVANTES |

|  |  |
| --- | --- |
| **NO. RUBRO** | **FORMA DE LLENADO** |
| 1 | Fecha de elaboración del informe. |
| 2 | El nombre del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada. |
| 3 | Número de trimestre al que corresponde el informe. |
| 4 | Número de Comités Locales Mixtos de Capacitación y Adiestramiento constituidos en el Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada. |
| 5 | Número total de sesiones celebradas por los Comités Locales Mixtos de Capacitación y Adiestramiento. |
| 6 | Número de acuerdos tomados por los Comités Locales Mixtos de Capacitación y Adiestramiento. |
| 7 | Total de asuntos resueltos. |
| 8 | Breve descripción de los asuntos que ameriten la atención y/o conocimiento de la Representación Ejecutiva de la CNMCA. |
| 9 | Aclaraciones específicas sobre el contenido del documento. |
| 10 | Firma de los Representantes de la Subcomisión Mixta de Capacitación y Adiestramiento. |

**Forma CC/4 (Anexo 4)**