

33. SANITARIOS					
Por Galera	Hombres	Mujeres	Mixtos	Limpios	
	Si, cuantos	Si, cuantos	Si, cuantos	SI	NO

34. REGADERAS					
Por Galera	Hombres	Mujeres	Mixtos	Limpios	
	Si, cuantos	Si, cuantos	Si, cuantos	SI	NO

35. CASILLEROS	
SI	NO

AULAS

36. POBLACION				
Instalaciones educativas para:				
Adultos:	SI	NO		
Niños:	SI	NO		
Aula-Taller para:				
	SI			
37 Características de las aulas dentro del campo:				
Dimensión	Techo	Paredes	Ventilación	Iluminación
			SI NO	SI NO

38. NIVELES EDUCATIVOS		
Alfabetización:	SI	NO
Guardería:	SI	NO
Primaria:	SI	NO
Secundaria:	SI	NO
Preparatoria:	SI	NO

39. A CARGO DE:		
SEDESOL	SI	NO
INEA	SI	NO
IMSS	SI	NO
CONAFE	SI	NO
PARTICULAR	SI	NO

40. CANTIDAD DE AULAS:	
a. Dentro del campo:	
b. Cercanas:	
especifique:	
c. Distancia al aula más cercana:	
	Km.

41. Salones dentro del campo por grupos de edad: (años)						
Todos juntos	5 y 6	7 y 8	9 y 10	11 y 12	13 a 15	mayores

GUARDERIAS

42. Características de las estancias:										
Dimensión	Techo	Paredes	Equipo contra incendio	Ventilación	Iluminación					
			SI NO	SI NO	SI NO					

43. Salones por grupo de edad:		
Lactante	Maternal	Prescolar

44. Cuneros	
No. de cunas	Niños por cuna

45. Regaderas de guardería:		
Para niñas	SI	NO
Para niños	SI	NO
Mixtos	SI	NO
Generales	SI	NO

46. Sanitarios de guardería:		
Para niñas	SI	NO
Para niños	SI	NO
Mixtos	SI	NO
Generales	SI	NO

47. Horario de la guardería:					
Matutino:		Vespertino:		Todo el día:	Durante la jornada
de	a	de	a		

COCINA Y COMEDORES

48. Comedor de guardería:				
SI	NO	Cantidad de mesas	Cantidad de sillas	Sillas altas (periqueras)
49. Horario de: a y de a				
53. Almacén especial para agua y alimentos: SI NO				

50. Area de comida para adultos:				
Comedor	En su cuarto o Galera	En el patio	En el campo	
51. Características del comedor para adultos:				
Dimensión	Techo	Paredes	Ventilación	Iluminación
			SI NO	SI NO

52. Mobiliario y equipo del comedor adultos	
No. de mesas	
No. de sillas	
Bebederos	
Botes para basura	
Refrigerador	

54. Cocineta en:		
Galera	Albergue	Cuarto

55. Otros	
Estufa	Quemador

56. Agua potable corriente:		
Comedor	Baños	Albergue

57. Tortillería:		
Trigo	Maíz	Costo / Kg.

AREAS DE DESCANSO Y RECREATIVAS

58. Para guardería:			
Areas verdes	SI	NO	
Areas de juego	SI	NO	
Juegos infantiles	SI	NO	
Horario de:	a	hrs.	

59. Areas para adolescentes y adultos:			
Areas verdes	SI	NO	
Descanso y recreación	SI	NO	
Para ver televisión	SI	NO	
Horario de:	a	hrs.	

60. Canchas deportivas:			
Deporte	Cant.		
Horario de:	a	hrs.	

61. TRANSPORTACION INTERNA

Cuenta con transportación:	
del albergue al campo	
del campo al albergue	
Tipo de transporte utilizado:	

VERIFICACIÓN DE CONDICIONES FÍSICAS

ML-01

3/3

62. INSTALACIONES MEDICAS			63. PERSONAL MEDICO DEL QUE DISPONEN			64. INSTALACIONES MEDICAS SEGMENTADAS			65. NIVEL DE ATENCIÓN
En la empresa o particular	SI	NO	Médico	SI	NO	Para guardería	SI	NO	1,2,3
IMSS	SI	NO	Enfermera	SI	NO	Para niños y adolescentes	SI	NO	
SALUD	SI	NO	Ambulancia con radio para traslados	SI	NO	Para adultos	SI	NO	
Distancia a la clínica más cercana		Km.	Otros:			Para áreas de trabajo y/o deportivas	SI	NO	

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

() Liderazgo () Visión () Capacitación () Gestión del rendimiento (logro de los demás de objetivos) () Construir la confianza () Toma de decisiones/valoraciones

II. EL EMPLEADOR OFRECE

Tipo de contrato:

Por tiempo indeterminado () Por tiempo determinado () Por obra determinada () A prueba () Capacitación Inicial ()

Salario mensual neto ofrecido (no incluya centavos) después de retenciones (impuestos, aportaciones, etcétera.) \$ _____

Prestaciones:

Prestaciones de ley () Bono por puntualidad () Seguro de gastos médicos () Vales de comida ()
 Bono por productividad () Fondo de ahorro () Servicio de comedor () Vales de despensa ()
 Otras () especifique _____ Vales de gasolina ()

El empleador ofrece: (adicional, si lo hubiese)

Horario de trabajo

Entrada ____: ____ horas. Salida ____: ____ horas. Rolar turnos Sí () No ()

Días a laborar: (marcar todos los días que se laboran)

Lunes () Martes () Miércoles () Jueves () Viernes () Sábado () Domingo ()

Si lo hubiera, otro horario de trabajo que deberá cubrir el trabajador una vez contratado:

Entrada ____: ____ horas. Salida ____: ____ horas.

En qué días deberá cubrir el otro horario: (marcar todos los días que se laboran)

Lunes () Martes () Miércoles () Jueves () Viernes () Sábado () Domingo ()

III. UBICACIÓN DE LA OFERTA DE EMPLEO

(anotar sólo en caso de que el domicilio donde se encuentra la vacante sea diferente al señalado en el Formato SNE-02)

Código Postal:	Entidad federativa:	Municipio o delegación:	Colonia:	Localidad:
----------------	---------------------	-------------------------	----------	------------

Calle:	Número exterior:	Número interior:
--------	------------------	------------------

¿Entre qué calles?:

y _____

IV. REQUISITOS PARA LOS CANDIDATOS A OCUPAR LA OFERTA DE EMPLEO CON CAPACITACIÓN

Escolaridad

Escolaridad mínima requerida:

Sin instrucción ()	Carrera comercial ()	Técnico superior universitario ()
Leer y escribir ()	Carrera técnica ()	Licenciatura ()
Primaria ()	Profesional técnico ()	Maestría ()
Secundaria/sec. técnica ()	Preparatoria o vocacional ()	Doctorado ()

Carreras o especialidades: (puede ser más de una carrera y al menos una en caso de que el nivel de escolaridad mínima sea mayor a secundaria)

Situación académica:

Ninguno () Trunca () Estudiante () Pasante () Diploma o certificado () Titulado ()

Conocimientos

Nombre del conocimiento, herramienta o manejo de máquina, necesaria para el puesto y/o estándar de competencia:	Años de experiencia:
---	----------------------

Describe el conocimiento / uso de herramientas / uso de maquinaria o equipo:

Nombre de otro conocimiento, herramienta o manejo de máquina, necesaria para el puesto y/o estándar de competencia:		Años de experiencia:
Describa el otro conocimiento / uso de herramientas / uso de maquinaria o equipo:		
Idioma		
Idioma adicional	Dominio del idioma	Certificación
	Básico () Intermedio () Avanzado ()	
	Básico () Intermedio () Avanzado ()	
Disponibilidad de movilidad		
¿Es necesario que el candidato cuente con disponibilidad para viajar? Sí () No ()	¿Es necesario que el candidato cuente con disponibilidad para radicar temporalmente en otra ciudad diferente a la de la ubicación de la oferta? Sí () No ()	
V. INFORMACIÓN SOBRE LA GESTIÓN DE RECLUTAMIENTO		
Número de plazas:		
Observaciones:		
VI. INFORMACIÓN ADICIONAL (para fines estadísticos contestar las siguientes preguntas)		
Sexo preferente de los candidatos a cubrir la oferta de empleo: Indistinto () Hombre () Mujer ()		
Rango de edad preferente: de _____ a _____		
Acepta candidatos con discapacidad: No () Sí () de qué tipo: Motora () Visual () Auditiva () Intelectual () Mental ()		
Causas que originan la vacante:		
Empleador nuevo () Necesidades temporales de mano de obra () Puesto de nueva creación () Reposición de personal ()		
Otra () especifique _____		
La oferta de empleo pertenece al Programa de Empleo Temporal (PET): Sí () No ()		

VII. DATOS DEL CONTACTO DE LA VACANTE/OFERTA DE EMPLEO CON CAPACITACIÓN (anotar sólo en caso de que el contacto para la vacante sea diferente al señalado en el Formato SNE-02)											
Nombre (s), primer apellido y segundo apellido del contacto:										Cargo:	
Teléfono fijo	0	1						Extensión	Teléfono celular	0	4
Correo electrónico del contacto de la oferta de empleo:											
*Nota: al menos un dato de contacto es obligatorio; en el caso del teléfono será verificado por el SNE, y en el caso del correo se enviará un mensaje para ser confirmado. En caso de no poder contactarlo a través de ninguno de estos medios de contacto proporcionados, no se podrá brindar el apoyo.											

Declaro bajo protesta de decir verdad que los datos contenidos en esta solicitud son ciertos.

Atendiendo al principio de "consentimiento" consagrado en el artículo 16 y de conformidad con lo señalado en el artículo 20, ambos de la LGPDPPSO, en calidad de Empleador expreso mi voluntad, específica e informada, para que se efectúe el tratamiento de mis datos personales por la OSNE para los fines consistentes en la vinculación laboral, promoción de mis vacantes, de la CGSNE, con el objetivo de llevar a cabo actividades relacionadas con aquellas que originaron la solicitud de dichos datos personales. Asimismo, la OSNE como Sujeto Obligado será la encargada de establecer los mecanismos necesarios para la protección de los datos bajo su resguardo, así como de aquellos mecanismos que aseguren la correcta transferencia de éstos a otra entidad. He sido informado que podré ejercer los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición (ARCO), de conformidad con la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, ante los Responsables de la posesión de dichos datos, entendiéndose que para el caso, será la OSNE el Sujeto obligado.

También, me comprometo a garantizar la confidencialidad y protección de los datos personales que me sean proporcionados respecto a candidatos para cubrir las vacantes que oferté, que dichos datos únicamente los utilizaré para los fines para los que me fueron transferidos, y que estaré sujeto a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares.

Nombre y firma del empleador o su representante

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

"Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, favor de llamar a los teléfonos **01-800 841-20-20, 3000 4100 ext. 34172 y 3000 4100 ext. 34157 de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS)**".

Este formato podrá reproducirse libremente, siempre y cuando no se altere su contenido y la impresión de los mismos se haga en hojas blancas tamaño carta



Subprograma de Movilidad Laboral Interna
REPORTE DE VISITA

Logo entidad



SERVICIO NACIONAL DE EMPLEO DE _____

ML 03

1. Nombre de la Empresa	2. Num. Folio	
2. Nombre del Campo Agrícola		
3. Nombre de quien atiende en la Empresa		
4. Fecha de visita	5. Número de visita	6. Horario de visita

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

9. OBSERVACIONES / COMENTARIOS

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

11. Nombre y firma del Representante del grupo de jornaleros

SNE ORIGEN						
NÚM. DE ACCIÓN.				NOMBRE DE QUIEN ENVÍA		
NOMBRE DEL ENCARGADO DEL GRUPO EMPRESA AGRÍCOLA				NOMBRE DE QUIEN RECIBE O TELÉFONO DEL ENCARGADO		
CAMPO AGRÍCOLA				FOLIO DE LA VACANTE		
FECHA DE SALIDA				FECHA DE ELABORACIÓN		
JORNALERO AGRÍCOLA						
NÚM. FOLIO	CLAVE CURP	NOMBRE	DOCUMENTACIÓN QUE ENVÍA			APOYO DE MOVILIDAD
			CURP	IDENTIFICACIÓN OFICIAL	OTRO	
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						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						

JORNALEROS AGRÍCOLAS ENVIADOS:	
HOMBRES	
MUJERES	
TOTAL	
REGISTRADOS:	
APOYADOS:	

SERVICIO NACIONAL DE EMPLEO DE _____

CARTA DE CONFORMIDAD ORIGEN

Lugar: _____ Fecha _____

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 2018; para realizar las actividades, en las condiciones laborales establecidas en el documento "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 al confirmar su llegada a la empresa, a efecto de que participe de manera íntegra en la temporada laboral convenida, mismo que se compromete a entregar mediante cheque nominativo o tarjeta electrónica.

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

Firman de conformidad

El Representante del grupo

El SNE

Nombre, firma y/o huella digital del
Jornalero Agrícola

Nombre y firma del Titular o Representante
del SNE

No.	Nombre del Jornalero Agrícola	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		

No.	Nombre del Jornalero Agrícola	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		

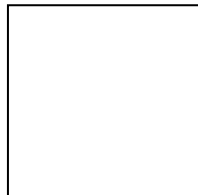
ML 06

SERVICIO NACIONAL DE EMPLEO DE _____

CONSTANCIA DE ACREDITACIÓN ORIGEN

Fecha: _____

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 2018, al ____ del mes de ____ del 2018 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

Nombre completo y firma

C.c.p. Expediente

ML 06

ML 06

	No. Registro (SISPAE)	Nombre del Jornalero Agrícola
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		

ML 06

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 _____

Fecha: _____

Lugar: _____

El beneficiario C. _____ representante del grupo, manifiesta y en nombre de sus representados aceptan 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 2018, con base en el Requerimiento de Jornaleros Agrícolas (SA 02), número de folio _____. Su retorno será el día ____ del mes de _____ del 2018, 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 entregado mediante cheque nominativo o tarjeta electrónica utilizado para los fines que determine y convengan a sus intereses, con la finalidad de prevenir y asegurar que retornen a sus lugares de origen o residencia.

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

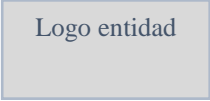
Firman de conformidad

El Representante de los Jornaleros
Agrícolas

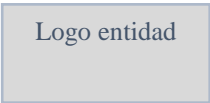
El SNE

Nombre, firma y/o huella digital del
Jornalero Agrícola

Nombre y firma del Titular o Representante el SNE



Núm.	Nombre del Jornalero Agrícola	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		
24		



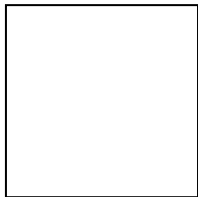
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		

SERVICIO NACIONAL DE EMPLEO DE _____

CONSTANCIA DE ACREDITACIÓN DESTINO

Fecha: _____

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 el día ____ del mes de _____ del 2018, y concluyó el día ____ del mes de _____ del 2018, 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

Nombre completo y firma

	Número de folio (SISPAE)	Nombre del Jornalero Agrícola
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		
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

Asunto a tratar

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

Fecha de recepción

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

Nombre y Firma de la persona que recibe

Folio:

Datos del Afectado (Jornalero)

Nombre	Núm. Credencial
Entidad Origen	Municipio
	Localidad

Descripción del asunto

Incorre en el asunto otro(s) Jornalero:

SI NO

Nombre del jornalero acusado	Es compañero de grupo:
Nombre de su Representante	
Trámite que origina el asunto:	

Incorre en el asunto la Empresa:

SI NO

Razón Social	Campo:
Responsable	
Trámite que origina el asunto:	

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

SI NO

Nombre:
Cargo:
Institución:
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 recibe la respuesta a la solicitud, sugerencia, queja o denuncia.

Nombre y Firma de la persona proporciona la respuesta o atención a la solicitud, sugerencia, queja o denuncia..

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 la respuesta a la solicitud, sugerencia, queja o denuncia.

Nombre y Firma de la persona que proporciona la respuesta o atención a la solicitud, sugerencia, queja o denuncia.

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 la respuesta a la solicitud, sugerencia, queja o denuncia.

Nombre y Firma de la persona que proporciona la respuesta de atención a la sugerencia, queja o denuncia.

Nombre y Firma de la persona que proporciona la respuesta.

Fecha de recepción



**SUBPROGRAMA DE MOVILIDAD LABORAL INTERNA
REGISTRO DEL TRANSPORTE**

Logo entidad



SERVICIO NACIONAL DE EMPLEO DE _____

ML 10

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	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

13. Número Placas				19. Compañía Aseguradora			
14. Número Tarjeta de Circulación:				20. Numero de Poliza			
15. ¿Cuenta con baño?	SI		NO		21. Vigencia		
16. ¿Funciona el baño?	SI		NO		22. Cobertura		
17. ¿Cuenta con aire acondicionado?	SI		NO		23. Numero de asientos del Autobus		
18. ¿Funciona el aire acondicionado?	SI		NO				

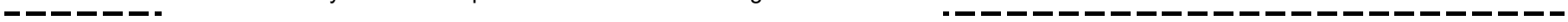
24. Datos de salida:		
Fecha	Hora	Lugar

25. Datos de llegada:		
Fecha	Hora aprox.	Lugar

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

27. Observaciones

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





SERVICIO NACIONAL DE EMPLEO DE _____



Subprograma Movilidad Laboral Interna

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN:

ML 11

Fecha: _____

ESTIMADO USUARIO

Solicitamos tu opinión con el fin de conocer si la atención que te proporcionó el Servicio Nacional de Empleo respondió tus expectativas. Los datos que proporcionas serán confidenciales.

1.- Señala con una X si ¿la atención que te proporcionó el personal del Servicio Nacional de Empleo fue? :

Buena Regular Mala

2.- ¿ Consideras adecuado el tiempo en el que el personal del Servicio de Empleo te atendió ?

Buena Regular Mala

3.- ¿ Te informaron que todos los trámites y servicios son totalmente gratuitos?

Si No

4.- ¿ Te informaron claramente sobre tus derechos y obligaciones como beneficiario del Sub-programa ?

Si No

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:

Coordinación General del Servicio Nacional de Empleo

[Números telefónicos \(01 55\) 30 00 41 00 ext. 4176](tel:015530004100ext4176)

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



**Subprograma Movilidad Laboral Sector Agrícola
REQUERIMIENTO DE JORNALEROS AGRICOLAS**

Logo
entidad

Anexo 13



SERVICIO NACIONAL DE EMPLEO DE _____

ANEXO B DEL SNE 02

SA 02

1/3

2. FECHA DE ELABORACION

3. NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL SNE

1. FOLIO _____
4. FECHA DE CONCERTACION

DATOS DE LA EMPRESA

5. Razón Social:					6. R.F.C.:				
7. CURP Sólo para persopnas físicas									
8. Campo agrícola:									
9. Tipo de contrato:	<input type="radio"/> Obra tiempo determinado <input checked="" type="radio"/> Tiempo indeterminado <input type="radio"/> Capacitación inicial <input type="radio"/> Por temporada <input type="radio"/> Periodo de Prueba								

REQUERIMIENTO DE JORNALEROS AGRICOLAS

10. Tipo de cultivo	11. Entidad proveedora de mano de obra agrícola		12. REQUERIMIENTO MENSUAL												TOTAL ANUAL	
	Entidad	Municipio	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC		
																0
																0
																0
																0
																0
Total mensual:			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

13. PERIODO LABORAL	del día	del mes	al día	del mes	año
2 MESES					
3 a 4 MESES					
5 a 6 MESES					
MAS DE 6 MESES					

14. HORARIO	de	a.m.	a	p.m. y	de	p.m.	a	p.m.
DE TRABAJO		a.m.		p.m. y		p.m.		p.m.
DESAYUNO		a.m.		a.m.				
COMIDA				de:		p.m.		p.m.
CENA				de:		p.m.		p.m.

15. HORAS EXTRAS	
IMPORTE POR HORA \$	

22. DIAS LABORALES	<input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Sábado <input type="checkbox"/> Domingo
23. VIGENCIA DE LA OFERTA	<input type="radio"/> Un día <input type="radio"/> Tres días <input type="radio"/> Cinco días <input type="radio"/> Siete días <input type="radio"/> Diez días <input type="radio"/> Quince días <input type="radio"/> Veintin días <input type="radio"/> Un mes

PERFIL DE LOS CANDIDATOS

16. MIGRA CON:
<input type="checkbox"/> Solo(a)
<input type="checkbox"/> Esposo(a)
<input type="checkbox"/> Hijos menores de 18 años

17. ESCOLARIDAD	
Sin instrucción	
Sabe leer y escribir	
Primaria	
Secundaria	

18. EXPERIENCIA:	<input type="checkbox"/> Poda y/o Corte <input type="checkbox"/> Manejo de fertilizantes <input type="checkbox"/> Cosecha <input type="checkbox"/> Cultivo
------------------	--

19. EXPERIENCIA ESPECIFICA REQUERIDA:

FORMA DE PAGO DE SALARIO Y PRESTACIONES ECONOMICAS

20. IMPORTE:	Jornal \$	Tarea \$	Destajo \$	Especificar:	Período de Pago			
					<input type="radio"/> Semanal	<input type="radio"/> Quincenal	<input type="radio"/> Mensual	<input type="radio"/> Al término
21. PRESTACIONES:	<input type="checkbox"/> Prestaciones de Ley		<input type="checkbox"/> Fondo de Ahorro		<input type="checkbox"/> Vales de Comida		<input type="checkbox"/> Bono por Puntualidad	
	<input type="checkbox"/> Vales de Despensa		<input type="checkbox"/> Bono por Productividad		<input type="checkbox"/> Servicio de Comedor			
22. Otras prestaciones:								

TRASLADOS

23. TRASLADO AL AREA DE TRABAJO A CARGO DE:	EMPRESA	JORNALERO	OTRO	NO SE REQUIERE	MEDIO DE TRASLADO			
24. HORARIO DE TRASLADO	MATUTINO		VESPERTINO		CORRIDAS ESPECIALES			

SERVICIO MEDICO

25. IMSS	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	26. Salud	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
27. Otro (especificar:)			
28. Cobertura	<input type="checkbox"/> Al beneficiario y dependientes directos		
	<input type="checkbox"/> Únicamente al beneficiario		

ALIMENTACION

29. A cargo de:	<input type="checkbox"/> La Empresa	<input type="checkbox"/> Llevar cocinera	<input type="checkbox"/> El Jornalero
	<input type="checkbox"/> La Empresa (con costo para el jornalero)		
30. Comidas al día	<input type="checkbox"/> Desayuno	<input type="checkbox"/> Comida	<input type="checkbox"/> Cena
31. Alimentación durante el traslado	SI	NO	

TRANSPORTE

32. La Empresa	
SI	NO

HOSPEDAJE

33. Nombre del albergue:	
34. Dirección del albergue:	

35. ALOJAMIENTO (lo proporciona)

La Empresa	SI	NO
------------	----	----

36. AREAS DE ESPARCIMIENTO Y RECREACION

	SI	NO
Sólo para niños		
Canchas deportivas		
Areas verdes		
Sala de juegos o T.V.		

SERVICIOS EDUCATIVOS

Anexo B del SNE 02 hoja 1	Preescolar	SI	NO
	Alfabetización		
	Primaria		
	Secundaria		
	Preparatoria		



**Subprograma Movilidad Laboral Sector Agrícola
REQUERIMIENTO DE JORNALEROS AGRICOLAS**

Logo
entidad

Anexo 13



SERVICIO NACIONAL DE EMPLEO DE _____

ANEXO B DEL SNE 02

SA 02 3/3

1. FOLIO _____

38. DESCRIBIR PRINCIPALES FUNCIONES Y ACTIVIDADES A REALIZAR

1.-	
2.-	
3.-	
4.-	
5.-	

39. HABILIDADES REQUERIDAS PARA EL MANEJO DE LA MAQUINARIA O EQUIPO A UTILIZAR:

1.-	
2.-	
3.-	
4.-	
5.-	

CAPACITACION:

40. En zona ORIGEN

41. Acuerdos y Compromisos

42. Medio para contractar la oferta

TELEFONO

CORREO ELECTRONICO

DOMICILIO

53. SUGERENCIAS PARA EL JORNALERO AGRICOLA:

ENSERES PERSONALES	
ENSERES ALIMENTICIOS	
VESTIMENTA	
SU FAMILIA	
DOCUMENTACION	
CONDICIONES CLIMATICAS HISTORICAS DE LA TEMPORADA	
USOS Y COSTUMBRES EN LA ZONA DE DESTINO	

43. NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADOR O REPRESENTANTE

44. NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE O REPRESENTANTE DEL SNE

CONTRALORÍA SOCIAL EN EL SERVICIO NACIONAL DE EMPLEO

CS-01

SERVICIO NACIONAL DE EMPLEO			FECHA		
			DD	MM	AAAA

PROGRAMA / SUBPROGRAMA					
PAE	Vinculación Laboral <input type="checkbox"/>	Bécate <input type="checkbox"/>	Fomento al Autoempleo <input type="checkbox"/>	Movilidad Laboral <input type="checkbox"/>	Repatriados Trabajando <input type="checkbox"/>

Nombre Servicio/Curso y Modalidad/Iniciativa	No. Único Acción	Fecha Inicio	Fecha Término	No. Inscritos

Acciones de Contraloría Social	Duración de la Plática		Colocación del Cartel <input type="checkbox"/>	Entrega de Folletos <input type="checkbox"/>
--------------------------------	------------------------	--	--	--

No.	Nombre	Plática de Contraloría Social		Constancia de Participación ¹	
		Fecha	Firma	Fecha	Firma
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

No.	Nombre	Plática de Contraloría Social		Constancia de Participación ¹	
		Fecha	Firma	Fecha	Firma
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
Nombre de la persona que impartió la plática de Contraloría Social				Firma	
Nombre del personal de la OSNE que asistió y verificó la entrega de constancias a los beneficiarios.				Firma	

¹ Aplica para las acciones de Capacitación del Subprograma Bécate.