



CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN DEL PUESTO

TÍTULO DEL PUESTO Jefe del Departamento de Control Presupuestal			
TIPO		TABULADOR	
GENERAL <input type="checkbox"/>		OPERATIVO <input type="checkbox"/>	MANDOS MEDIOS <input checked="" type="checkbox"/>
CONFIANZA <input checked="" type="checkbox"/>		ENLACE Y APOYO TÉCNICO <input type="checkbox"/>	MANDOS SUPERIORES <input type="checkbox"/>
CATEGORÍA			
GRUPO	RAMA	PUESTO	NIVEL SALARIAL
E	01	08	26

OBJETIVO

Autorizar, ejercer y controlar el presupuesto anual del Instituto, que permita a las unidades médico administrativas conocer y disponer los recursos financieros asignados.

FUNCIONES

- Coadyuvar con la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación, en acciones para el seguimiento presupuestal con las unidades médico administrativas, así como proponer las adecuaciones correspondientes.
- Gestionar las adecuaciones y autorizar las afectaciones presupuestales de los recursos financieros asignados a las unidades médico administrativas.
- Registrar las adecuaciones presupuestales autorizadas por la Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación, y las instancias normativas.
- Conciliar con el Departamento de Contabilidad los recursos financieros presupuestales ejercidos.
- Integrar la información del ejercicio presupuestal del Instituto y generar reportes sobre el avance y reconducción del gasto.
- Supervisar la operación de los sistemas de información base para el control del ejercicio del presupuesto.
- Desarrollar las demás funciones inherentes al área de su competencia.

REQUISITOS

EDAD MÍNIMA 26 años	SEXO MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> INDISTINTO <input checked="" type="checkbox"/>	ESTADO CIVIL Indistinto
ESCOLARIDAD (PRESENTAR COMPROBANTE) Maestría o Licenciatura	ÁREA O ESPECIALIDAD Contabilidad, Economía, Administración.	
CAPACITACIÓN ESPECÍFICA DEL PUESTO		
Maestría en Hacienda Pública Certificación ante el Instituto Mexicano de Contadores Públicos Diplomado en Contabilidad Gubernamental Actualizado		
EXPERIENCIA LABORAL NO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> _3_ AÑOS	NECESIDAD DE VIAJAR SI <input checked="" type="checkbox"/> OCASIONALMENTE <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> FRECUENTEMENTE <input type="checkbox"/>	

ELABORÓ	VALIDÓ	AUTORIZÓ
Cinthia Berenice Bolaños Molina NOMBRE Y FIRMA	Adalberto Michel Rodríguez NOMBRE Y FIRMA	Maura Amelre Gutiérrez Zedillo NOMBRE Y FIRMA