

CONSTANCIA DE SUELDOS, SALARIOS, CONCEPTOS ASIMILADOS Y CRÉDITO AL SALARIO (INCLUYE INGRESOS POR ACCIONES)

ANVERSO

37PIA08

7132516

PERIODO QUE AMPARA LA CONSTANCIA

MES INICIAL: 09, MES FINAL: 12, EJERCICIO: 2008

ESTA CONSTANCIA DEBERA SER CONSERVADA POR EL TRABAJADOR

DATOS DEL TRABAJADOR O ASIMILADO A SALARIOS

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES, APELLIDO PATERNO OSORIO, APELLIDO MATERNO OSORIO, NOMBRE(S) FELIPE, AREA GEOGRAFICA DEL SALARIO MINIMO (1) C, SI EL PATRON REALIZO CALCULO ANUAL N, TARIFA UTILIZADA: X, DEL EJERCICIO QUE DECLARA 1991 (Actualizado), PROPORCION DEL SUBSIDIO: 0.8600, MARQUE CON "X" SI EL TRABAJADOR ES SINDICALIZADO, RFC DEL(LOS) OTRO(S) PATRON(ES) (6):

IMPUESTO SOBRE LA RENTA

Table with 3 columns: Description (A-O), Amount, and Tax Type. Includes rows for Subsidio para el empleo, Monto del subsidio acreditable, Impuesto local a los ingresos, etc.

PAGOS POR SEPARACION

Table with 3 columns: Description (P-T), Amount, and Tax Type. Includes rows for Monto total del pago en una sola exhibición, Ingresos totales por pago en parcialidades, etc.

(\*) Es obligatorio registrar estos campos. (1) Anotará A, B o C según corresponda al área geográfica que señala la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos. (2) Únicamente para constancias de 2001, de conformidad con el Art. Segundo Transitorio del Decreto por el que se reformó el Art. 80-A de la LISR, publicado en el DOF el 29 de noviembre del 2001.

SE EXPIDE POR DUPLICADO Original - Trabajador o Asimilado a Salarios Duplicado - Retenedor

2

3

## PAGOS POR SEPARACIÓN (Continuación)

u. MONTO TOTAL PAGADO	0	e. INGRESOS ACUMULABLES (Último sueldo mensual ordinario) (2)	0
b. NÚMERO DE AÑOS DE SERVICIO DEL TRABAJADOR	0	f. IMPUESTO CORRESPONDIENTE AL ÚLTIMO SUELDO MENSUAL ORDINARIO	0
c. INGRESOS EXENTOS	0	g. INGRESOS NO ACUMULABLES	0
d. INGRESOS GRAVADOS	0	h. IMPUESTO RETENIDO	0

## INGRESOS ASIMILADOS A SALARIOS (Sin incluir (3))

i. INGRESOS ASIMILADOS A SALARIOS	j. IMPUESTO RETENIDO DURANTE EL EJERCICIO
4.1 INGRESOS EN ACCIONES O TITULOS VALOR QUE REPRESENTAN BIENES (Por ejercer la opción otorgada por el empleador)	
k. VALOR DE MERCADO DE LAS ACCIONES O TITULOS VALOR AL EJERCER LA OPCIÓN (4)	m. INGRESO ACUMULABLE (k - l siempre que k sea mayor)
l. PRECIO ESTABLECIDO AL OTORGARSE LA OPCIÓN DE INGRESOS EN ACCIONES O TITULOS VALOR	n. IMPUESTO RETENIDO

## PAGOS DEL PATRÓN EFECTUADOS A SUS TRABAJADORES (Incluyendo (3))

	GRAVADO	EXENTO
o. SUELDOS, SALARIOS RAYAS Y JORNALES	68185	0
p. GRATIFICACIÓN ANUAL	5310	743
q. VIÁTICOS Y GASTOS DE VIAJE	0	0
r. TIEMPO EXTRAORDINARIO	0	0
s. PRIMA VACACIONAL	748	394
t. PRIMA DOMINICAL	0	0
u. PARTICIPACION DE LOS TRABAJADORES EN LAS UTILIDADES (PTU)	0	0
v. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS DENTALES Y HOSPITALARIOS	0	0
w. FONDO DE AHORRO	0	0
x. CAJA DE AHORRO	0	0
y. VALES PARA DESPENSA	0	0
z. AYUDA PARA GASTOS DE FUMERAL	0	0
A1. CONTRIBUCIONES A CARGO DEL TRABAJADOR PAGADAS POR EL PATRÓN	1481	0
B1. PREMIOS POR PUNTUALIDAD	0	0
C1. PRIMA DE SEGURO DE VIDA	0	0
D1. SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES	0	0
E1. VALES PARA RESTAURANTE	0	0
F1. VALES PARA GASOLINA	0	0

(1) Incluyendo, entre otros, prima de antigüedad e indemnizaciones.

(2) Si el pago por separación es menor al último sueldo mensual ordinario deberá anular el pago por separación.

(3) Funcionarios y trabajadores de la Federación de las Entidades Federativas y de los Municipios así como miembros de las fuerzas armadas.

(4) Si la opción para adquirir acciones o títulos valor se otorgó antes del 1º de enero de 2005, se anulará el valor del mercado que tenían dichas acciones o títulos valor al 31 de diciembre de 2004.

PAGOS DEL PATRÓN EFECTUADOS A SUS TRABAJADORES (Incluyendo (1)) (Continuación)

	GRAVADO	EXENTO
GI. VALES PARA ROPA	0	0
HI. AYUDA PARA RENTA	0	0
II. AYUDA PARA ARTÍCULOS ESCOLARES	0	0
JI. DOTACIÓN O AYUDA PARA ANTEOJOS	0	0
KI. AYUDA PARA TRANSPORTE	0	0
L1. CUOTAS SINDICALES PAGADAS POR EL PATRÓN	0	0
M1. SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD	0	0
NI. BECAS PARA TRABAJADORES Y/O SUS HIJOS	0	0
OI. PAGOS EFECTUADOS POR OTROS EMPLEADORES (3) (3)	0	0
PI. OTROS INGRESOS POR SALARIOS	0	308

IMPUESTO SOBRE LA RENTA POR SUELDOS Y SALARIOS

QI. SUMA DEL INGRESO GRAVADO POR SUELDOS Y SALARIOS (Suma de los campos O al P1 de la columna "gravado")	75724	XI. SALDO A FAVOR DEL EJERCICIO ANTERIOR NO COMPENSADO DURANTE EL EJERCICIO QUE AMPARA LA CONSTANCIA	0
RI. SUMA DEL INGRESO EXENTO POR SUELDOS Y SALARIO (Suma de los campos O al P1 de la columna "exento")	1445	YI. SUMA DE LAS CANTIDADES QUE POR CONCEPTO DE CREDITO AL SALARIO LE CORRESPONDIÓ AL TRABAJADOR (5)	0
SI. SUMA DE INGRESOS POR SUELDOS Y SALARIOS (Q1 + R1)	77169	ZI. CREDITO AL SALARIO ENTREGADO EN EFECTIVO AL TRABAJADOR DURANTE EL EJERCICIO (6)	0
TI. MONTO DEL IMPUESTO LOCAL A LOS INGRESOS POR SUELDOS, SALARIOS Y EN GENERAL POR LA PRESTACION DE UN SERVICIO PERSONAL SUBORDINADO RETENIDO. (4)	0	aI. MONTO TOTAL DE INGRESOS OBTENIDOS POR CONCEPTO DE PRESTACIONES DE PREVISION SOCIAL	39
UI. IMPUESTO RETENIDO DURANTE EL EJERCICIO	11375	bI. SUMA DE INGRESOS EXENTOS POR CONCEPTO DE PRESTACIONES DE PREVISION SOCIAL	39
VI. IMPUESTO RETENIDO POR OTRO(S) PATRONES) DURANTE EL EJERCICIO (2)	0	cI. MONTO DEL SUBSIDIO PARA EL EMPLEADO ENTREGADO EN EFECTIVO AL TRABAJADOR DURANTE EL EJERCICIO QUE DECLARA	0
WI. SALDO A FAVOR DETERMINADO EN EL EJERCICIO QUE DECLARA QUE EL PATRON COMPENSARA DURANTE EL SIGUIENTE EJERCICIO O SOLICITARA SU DEVOLUCIÓN	0		

DATOS DEL RETENEDOR

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S), O DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL

Centro S.C.T. México

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES

APELLIDO PATERNO, MATERNO, NOMBRE(S)

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION

FIRMA DEL RETENEDOR O REPRESENTANTE LEGAL

SELLO DEL RETENEDOR (V.C.A.S. DE TENDIEM)

FIRMA DE RECIBIDO POR EL CONTRIBUYENTE

Se Declara bajo protesta de decir verdad, que los datos asentados en la presente constancia fueron manifestados en la respectiva declaración informativa múltiple del ejercicio, presentada ante el SAT con fecha 08/04/2009 y a la que le correspondió el número de folio de operación 50755325, así mismo, SI ( ) ó NO ( X) se realizó el cálculo anual en los términos que establece la ley de LISR \*.

\* Sólo personas físicas.

- (1) Funcionarios y trabajadores de la Federación de las Entidades Federativas y de los Municipios así como miembros de las fuerzas armadas.
- (2) Sólo si el patrón que expide la constancia realizó el cálculo anual.
- (3) No deberá duplicar los conceptos exentos que se usen una sola vez, por ejemplo: gratificación anual, prima vacacional, entre otros.

(4) Aplicable a a partir de 2005.

(5) Se deberá anotar la suma del crédito al salario determinando conforme a la tabla de la LISR correspondiente.

(6) Suma de las diferencias que durante el ejercicio se entregaron en efectivo al trabajador conforme a las disposiciones fiscales vigentes.

CENTRO SCT MÉXICO  
 SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN  
 DEPTO. DE RECURSOS HUMANOS  
 NO. OF. C. SCT.6.10.411.1121/2008

"2008, año de la Educación Física y el Deporte"

Toluca, Méx., 9 de septiembre 2008.

**LIC. ARMANDO CERVANTES GARCIA**  
**JEFE DEL DEPTO. DE VALIDACION Y**  
**REGISTRO CENTRO NACIONAL SCT**  
**MEXICO, D.F.**

Por medio del presente, me permito enviar a usted 4 Avisos de Situación de Personal Federal G13, de los CC. FELIPE OSORIO OSORIO ADRIAN ANGEL RODRIGUEZ HERNANDEZ, FELIPE ARTURO TREJO GOMEZ y URBINA MONCAYO ALVARO GENARO, personal que estuvo adscrito a la Dirección General de Recursos Humanos, como Mando Medio Eventual.

Agradeciéndole, se continúe con el trámite correspondiente.

**ATENTAMENTE**  
**JEFA DEL DEPARTAMENTO DE**  
**RECURSOS HUMANOS**



**C. ROSA MARIA BERTHA BERRIEL MARTINEZ**

C.c.p.- LAE.Victor Hugo Ortiz Ruiz.-Subdirector de Administración.- Subdirector de Administración.-Edificio.

RMBB/mamg.

0053

**AVISO DE CAMBIO DE SITUACION DE PERSONAL**  
FEDEI

**C. DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS HUMANOS**  
Presente.

SE HACE CONSTAR QUE EN LOS TERMINOS CAMBIA LA SITUACION DE LA PERSONA A QUIEN SE REFIERE EL PRESENTE AVISO.

CODIGO DE OPERACION TIPOS DE DOCTO.	DIA	MES	AÑO	N° DE DOCUMENTO
N° DE CONTROL INTERNO / DEPENDENCIA				711

NOMBRE FELIPE OSORIO OSORIO		FILIACION [REDACTED]		CURP [REDACTED]		ADSCRIPCION DEL EMPLEADO DIRECCION GRAL. REC. HUMANOS		FECHA DE INGRESO 16/04/2008	
NOMBRE DEL PUESTO JEFE DE DEPARTAMENTO		REGION I		CLAVE DE PAGO 09-1202-07-711-711-CFOA001		ESTADO 09		CLAVE PROGRAMATICA 2008-09-C003-01-03-00-006-E010-1202-1-1	
ESC./NIVEL 3 OA01		LICENCIA XXX		MOTIVO CON SUELDO CON 1/2 SUELDO		MUNICIPIO 14		REANUDACION DE LABORES A PARTIR DEL	
DIA 31		MES 08		AÑO 2008		DIAS XXX		REANUDACION DE LABORES A PARTIR DEL	
CONCLUSION DE NOMBRAMIENTO		LUGAR		PROGRAMA SUBPROGRAMA		ESTADO		MUNICIPIO	
CONCLUSION DE NOMBRAMIENTO		LUGAR		PROGRAMA SUBPROGRAMA		ESTADO		MUNICIPIO	

CAMBIO DE RADICACION				
RADICACION	LUGAR	UNIDAD PRESUPUESTAL	PROGRAMA SUBPROGRAMA	ESTADO
ANTERIOR				
NUEVA				

**OBSERVACIONES**  
EL SUSCRITO PAGADOR HABILITADO CERTIFICA QUE EL C. FELIPE OSORIO OSORIO COBRARA HASTA EL 31 DE AGOSTO DEL 2008

DESCUENTO POR FALTAS				CONCEPTOS POR APLICAR				PERCEPCIONES ACTUALES	
DIAS A DESCONTAR POR FALTAS	DIAS A DESCONTAR POR RETAROS (S)	FECHA FALTA (S)	FECHA RETARDO (S)	QUINCENA (S)	AÑO	IMPORTE	PARTIDA	IMPORTE	TOTAL
							1202	\$ 6,855.50	
							1507	\$ 10,190.75	
							TOTAL	\$	17,046.25

**AUTORIZACION**

EL DIRECTOR DE ADMINISTRACION

FIRMA: LIC. OMAR CORDOVA GARCIA

NOMBRE: LIC. OMAR CORDOVA GARCIA



40270000

00001255

~~0000110~~  
A. BELICH  
ATEV...  
ORIENTE  
C. RUIZ  
RS

OFICIALÍA MAYOR  
DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS

"2008, año de la Educación Física y el Deporte"  
Oficio No. 5.2. - 00572

México D. F., a 15 de abril de 2008.



ING. FELIPE DE JESÚS RIVERA VALENZUELA  
DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO SCT MÉXICO  
PRESENTE.

En atención a su oficio No. Of. C. SCT.6.10.411.0240/08 de fecha 6 de marzo del año en curso mediante el cual solicitó la ocupación de plazas eventuales, le informo que se autorizan las siguientes plazas:

NOMBRE DE LA PLAZA	NIVEL	PERSONA PROPUESTA
Jefe de la Unidad de Laboratorios	OA1	Felipe Arturo Trejo Gómez
Departamento de Recursos Financieros e Ingresos	OA1	Álvaro Genaro Urbina Moncayo
Jefe de Departamento de lo Contencioso	OA1	Felipe Osorio Osorio

No omito mencionar, que las plazas señaladas en el cuadro anterior tendrán una vigencia de ocupación del 16 de abril al 15 de agosto de 2008.

Asimismo, le informo que es responsabilidad de ese Centro a su digno cargo el emitir las Constancias de Nombramiento respectivas, en un plazo no mayor a 5 días hábiles posteriores a la recepción del presente oficio, debiendo citar en el campo de observaciones el número y fecha del presente oficio y en el renglón inmediato el nombre de la plaza.

Sin otro particular, aprovecho para enviarle un cordial saludo.

SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN  
EL DIRECTOR GENERAL

LIC. RUDY O. ALBERTOS CÁMARA

0051

CENTRO SCT MÉXICO  
SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN  
DEPTO. DE RECURSOS HUMANOS  
NO. OF. SCT.6.10.411.0884/2008

00001256

S.C.T.  
DIRECCIÓN GENERAL DE  
RECURSOS HUMANOS  
35128

"2008, año de la Educación Física y el Deporte" 15 PM 4: 42

Toluca, México; a 10 de Julio de 2008.

LIC. RUDY O. ALBERTOS CAMARA  
DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS HUMANOS  
AV. UNIVERSIDAD Y XOLA S/N  
COL. NARVARTE  
MEXICO, D.F.

ORGANO INTERNO DE CONTROL  
16 JUN. 2008  
RECIBIDO

En atención al oficio Circular Núm. 5.2.-001 de fecha 29 de enero del 2007, me permito anexar al presente las declaraciones de inicio de los CC. FELIPE OSORIO OSORIO, ADRIÁN ANGEL RODRÍGUEZ HERNANDEZ, FELIPE ARTURO TREJO GOMEZ y ALVARO GENARO URBINA MONCAYO, Agradeciéndole se continué con el trámite correspondiente.

Cabe aclarar, que el personal antes mencionado esta ocupando plaza de Mandos Medios Eventual y presupuestamente están asignados a la Dirección General de Recursos Humanos, por el período comprendido del 16/04/2008 al 15/08/2008, por lo que solicito se nos informe si tendremos que darlos de alta en el Padrón de Servidores Públicos de este Centro SCT México.

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE  
DIRECTOR GENERAL

NG. FELIPE DE JESUS RIVERA VALENZUELA

SECRETARIA DE  
COMUNICACIONES Y TRANSPORTE  
OFICIALIA MAYOR

- C.c.p. Lic. Ma. Fernanda Casanueva de Diego.-Oficial Mayor del Ramo.- Centro SCOP.- México, D. F.
- Julen Reñentería del Puerto.- Coordinador General de Planeación y Centros S.C.T.- Centro SCOP.- México, D. F.
- Lic. Agustín Ramírez Ramírez.-Titular del Órgano Interno de Control en la S.C.T.- Centro SCOP.-México, D. F
- Lic. Francisco Morán González.-Secretario Técnico del Comité de Mejora Regulatoria Interna de la S.C.T. DGPOP.- México, D.F.
- Lic. Víctor Hugo Ortiz Ruiz.- Subdirector de Administración.-Edificio.
- C. Rosa María Bertha Berriel Martínez.-Jefa del Departamento de Recursos Humanos.- Edificio.
- VHOR/RMBB/mamg.

S.C.T.  
ENLACE OPERATIVO  
RECIBIDO  
COORDINACION GENERAL DE  
PLANEACION Y CENTROS, S.C.T.

0050  
11-07-08



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO  
SUBDIRECCION GENERAL DE PRESTACIONES ECONOMICAS,  
SOCIALES Y CULTURALES  
SUBDIRECCION DE AFILIACION Y VIGEN

DE CONFORMIDAD CON LOS ARTICULOS 6º DE LA LEY DEL I.S.S.S.T.E. Y  
14 DEL REGLAMENTO DE AFILIACION, VIGENCIA DE DERECHOS Y COBRANZA,  
SE PRESENTA EL SIGUIENTE:  
AVISO DE ALTA DEL TRABAJADOR

00001257

ISSSTE

DATOS DEL TRABAJADOR		CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION (C.U.R.P.)	
R.F.	NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	ENTIDAD DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL SEXO
A	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	
OSORIO		FELIPE	
DOMICILIO: CALLE		Nº EXT.	Nº INT. LOCALIDAD O COLONIA
POLITICA		ATIV	CODIGO POSTAL
DATOS DEL EMPLEO		NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD	
SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSP. DIRECCION GRAL DE REC. HUMANOS		RAMO	PAGADURIA TELEFONO
DIRECCION GRAL DE REC. HUMANOS		00009	99900
MUNICIPIO DE DELEGACION: UNIV. Y XOLA		ENTIDAD FEDERATIVA: HARVARETE	
CLAVE DE REGISTRO: CROA001		MEXICO	
FECHA DE INGRESO: 16/04/2008		NOMBRAMIENTO: 30	
SUELDO BASICO DE COTIZACION AL I.S.S.S.T.E.		DEL DEPTO. DE SERVICIOS AL PERSONAL	
\$ 6,855.50		SELO DE RECEPCION DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DELEGACION EN ZONA SUR JUN. 20 2008	
SUELDO BASICO DE APORTACION AL S.A.R.		SELO DE RECEPCION DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DELEGACION EN ZONA SUR JUN. 20 2008	
\$ 6,855.50		SELO DE RECEPCION DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DELEGACION EN ZONA SUR JUN. 20 2008	
REMUNERACION TOTAL		SELO DE RECEPCION DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DELEGACION EN ZONA SUR JUN. 20 2008	
\$ 6,855.50		SELO DE RECEPCION DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DELEGACION EN ZONA SUR JUN. 20 2008	
NIVEL SALARIAL: 0A010. G. R. H.		SELO DE RECEPCION DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DELEGACION EN ZONA SUR JUN. 20 2008	
DEPENDENCIA O ENTIDAD		SELO DE RECEPCION DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DELEGACION EN ZONA SUR JUN. 20 2008	

Recibi con Autografa  
0.F. CUIPE. 03020 080210  
23-SEPTIEMBRE - 2008

*[Handwritten signature]*

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**DATOS DEL TRABAJADOR**

CI KEVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION (C.I.)  
 ANOTAR LA CI KEVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION DEL  
 TRABAJADOR ASIGNADA POR LA SECRETARIA DE GOBERNACION.  
 CONSTA DE 18 CARACTERES, INCLUIDO EL DIGITO VERIFICADOR  
 P.F.C.

ANOTAR EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES DEL  
 TRABAJADOR ASIGNADO POR LA SECRETARIA DE HACIENDA Y  
 CREDITO PUBLICO.

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL  
 EL NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL CONSTA DE 11  
 CARACTERES, INCLUIDO EL DIGITO VERIFICADOR

- SI EL TRABAJADOR ES O FUE AFILIADO AL I.M.S.S.:  
 ANOTAR EL NUMERO DE AFILIACION ANTE DICHO  
 INSTITUTO.

- SI EL TRABAJADOR REINGRESA COMO COTIZANTE AL I.S.S.S.T.E.  
 ANOTAR EL NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL  
 ASIGNADO POR ESTE INSTITUTO

- SI EL TRABAJADOR NO HA SIDO AFILIADO AL I.M.S.S. Y NO  
 HA COTIZADO AL I.S.S.S.T.E. PREVIO A ESTA ALTA  
 DEJAR EL ESPACIO EN BLANCO.

ENTIDAD DE NACIMIENTO  
 ANOTAR EL NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA EN QUE NACIO.  
 ESTADO CIVIL  
 ANOTAR EL NUMERO QUE CORRESPONDA AL ESTADO CIVIL DEL  
 TRABAJADOR CONFORME A LO SIGUIENTE:  
 1 SOLTERO (A) 2 CASADO (A)

SEXO  
 CRUZAR EL CUADRO CORRESPONDIENTE AL SEXO DEL  
 TRABAJADOR:  
 H HOMBRE M MUJER

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)  
 ANOTAR LOS APELLIDOS PATERNO Y MATERNO Y EL(LOS) NOMBRE(S)  
 COMPLETO(S)

DOMICILIO: CALLE N° EXTERIOR N° INTERIOR  
 ANOTAR EL NOMBRE DE LA CALLE Y LOS NUMEROS  
 EXTERIOR E INTERIOR.

LOCALIDAD O COLONIA  
 ANOTAR EL NOMBRE DE LA LOCALIDAD O DE LA COLONIA.  
 MUNICIPIO O DELEGACION POLITICA  
 - EN EL INTERIOR DE LA REPUBLICA MEXICANA:  
 ANOTAR EL NOMBRE DEL MUNICIPIO.

- EN EL DISTRITO FEDERAL:  
 ANOTAR EL NOMBRE DE LA DELEGACION POLITICA

ENTIDAD FEDERATIVA  
 ANOTAR EL NOMBRE DEL ESTADO.

CODIGO POSTAL  
 ANOTAR EL CODIGO POSTAL DEL DOMICILIO

NOMBRE Y CLAVE DE LA CLINICA  
 PARA USO EXCLUSIVO DEL I.S.S.S.T.E.

**DATOS DEL EMPLEO**

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD  
 ANOTAR EL NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD.

RAMO  
 ANOTAR EL NUMERO DE RAMO REGISTRADO ANTE EL I.S.S.S.T.E.

PAGADURIA  
 ANOTAR EL NUMERO DE PAGADURIA REGISTRADO ANTE EL  
 I.S.S.S.T.E.

TELEFONO  
 ANOTAR EL NUMERO TELEFONICO DEL FUNCIONARIO  
 FACULTADO POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD PARA  
 AUTORIZAR MOVIMIENTOS AFILIATORIOS ANTE EL I.S.S.S.T.E.

DOMICILIO: CALLE N° EXTERIOR N° INTERIOR  
 ANOTAR EL NOMBRE DE LA CALLE Y EL NUMERO EXTERIOR  
 LOCALIDAD O COLONIA  
 ANOTAR EL NOMBRE DE LA LOCALIDAD O DE LA COLONIA.  
 MUNICIPIO O DELEGACION POLITICA  
 ANOTAR EL NOMBRE DEL MUNICIPIO

ENTIDAD DE NACIMIENTO  
 ANOTAR EL NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA EN QUE NACIO.

CODIGO POSTAL  
 ANOTAR EL CODIGO POSTAL DEL DOMICILIO.

CI (DISTRITO NACIONAL S.C.T.)  
 ANOTAR EL NUMERO QUE CORRESPONDA AL ESTADO CIVIL DEL  
 TRABAJADOR CONFORME A LO SIGUIENTE:  
 1 SOLTERO (A) 2 CASADO (A)

FECHA DE INGRESO  
 ANOTAR DIA, MES Y AÑO DEL ULTIMO INGRESO DEL

TRABAJADOR A LA DEPENDENCIA O ENTIDAD, UTILIZANDO  
 EL FORMATO NUMERICO DD-MM-AAAA.

N° INICIO  
 AN al NUMERO QUE CORRESPONDA AL TIPO DE  
 NOMBRAMIENTO DEL TRABAJADOR (CONFORME A LO SIGUIENTE):

16 BASE	60 OTROS
20 CONTINUA	70 CONTINUACION VOLUNTARIA
30 EVENTUAL	80 PENSIONISTA
40 BASE / LISTA DE RAYA	90 APORTACION VOLUNTARIA (S.A.R.)
50 LISTA DE RAYA	

SUELDO BASICO DE COTIZACION AL I.S.S.S.T.E.  
 ANOTAR EN PESOS Y CENTAVOS EL SUELDO  
 BASICO DE COTIZACION MENSUAL AL I.S.S.S.T.E.  
 SUELDO BASICO DE APORTACION AL S.A.R.  
 ANOTAR EN PESOS Y CENTAVOS EL SUELDO BASICO DE  
 APORTACION MENSUAL AL SISTEMA DE AHORRO PARA  
 EL RETIRO

REMUNERACION TOTAL  
 ANOTAR EN PESOS Y CENTAVOS EL INGRESO MENSUAL DEL  
 TRABAJADOR, CONSIDERANDO TODAS LAS PRESTACIONES  
 ECONOMICAS DE CARACTER PERMANENTE.

NIVEL SALARIAL  
 ANOTAR EL NIVEL SALARIAL DE ACUERDO CON EL TRABAJADOR  
 DE SUELDOS AUTORIZADO A LA DEPENDENCIA O ENTIDAD EN  
 QUE LABORA EL TRABAJADOR.

FIRMA DEL TRABAJADOR  
 LA AUTOGRAFIA DEL TRABAJADOR

SEPO / NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO FACULTADO  
 ANOTAR EL NOMBRE Y LA FIRMA AUTOGRAFIA DEL FUNCIONARIO  
 FACULTADO POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD PARA  
 AUTORIZAR MOVIMIENTOS AFILIATORIOS ANTE EL I.S.S.S.T.E.  
 IMPRIMIR SELLO DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD  
 SELLO DE RECEPCION DEL I.S.S.S.T.E.  
 PARA USO EXCLUSIVO DEL I.S.S.S.T.E.

NOTA IMPORTANTE:  
 UTILIZAR MAQUINA DE ESCRIBIR;  
 ANOTAR EN CADA ESPACIO EXACTAMENTE EL DATO QUE SE  
 EXIGE;  
 NO SE ACEPTARAN AVISOS QUE PRESENTEN ABRUMATURAS,  
 TACHADURAS O ENMENDATURAS

**DIRECCION GENERAL DE RECURSOS HUMANOS**  
**COORDINACION DE RECURSOS HUMANOS**  
**UNIVERSIDAD YOLA**  
**CUERPO NACIONAL S.C.T.**  
**TOLUACA, QUERETARO, PISO**  
**028**

EL ARTICULO 69 DE LA LEY DEL I.S.S.S.T.E. ESTABLECE LA OBLIGACION DE COMUNICAR A ESTE INSTITUTO, LA ALTA DEL TRABAJADOR DENTRO DE LOS 30 DIAS SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE OCURRA

**CENTRO SCT ESTADO DE MÉXICO**  
**DIRECCION GENERAL**  
**SCT.6.10.-158/2007**



Toluca, México, a 22 de noviembre de 2007.

SECRETARÍA DE  
COMUNICACIONES  
Y TRANSPORTES

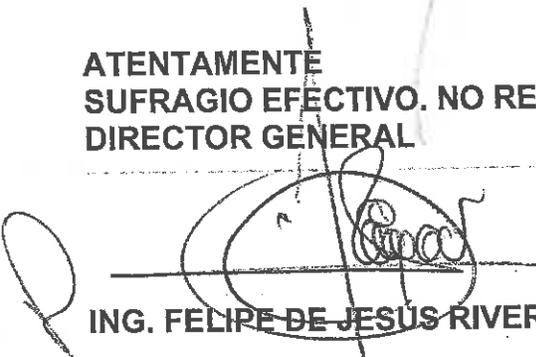
**ING. CARLOS ANTONIO GONZALEZ NARVAEZ**  
DIRECTOR GENERAL DE AUTOTRANSPORTE FEDERAL  
DE LA SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES  
CALZADA DE LAS BOMBAS 411. COL. GIRASOLES  
C.P. 04920, MEXICO, DISTRITO FEDERAL

Por este conducto, hago referencia al correo electrónico enviado por el C. Ing. Alfredo Peniche Vendrell, Subdirector de Supervisión Operativa del Autotransporte Federal de la Dirección General de Autotransporte Federal a su digno cargo, recibido el día 22 de noviembre del año en curso, al Lic. José Manuel Padron Hernández, Subdirector de Transporte de este Centro SCT, a través del cual, anexa los requisitos que el área administrativa está solicitando para dar de alta al personal de nuevo ingreso, señalando que deberán contar con el visto bueno del Director General de este Centro SCT.

Sobre el particular, me permito comunicar a Usted que de acuerdo al buen desempeño en las actividades encomendadas al C. Lic. Felipe Osorio Osorio, así como de cubrir el perfil solicitado, sírvase tener el visto bueno para dar de alta a la citada persona de nuevo ingreso.

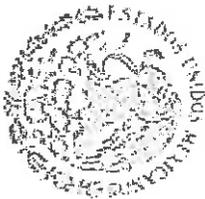
Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

**ATENTAMENTE**  
**SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN**  
**DIRECTOR GENERAL**

  
**ING. FELIPE DE JESUS RIVERA VALENZUELA**

C.c.p. C. Subdirector de Supervisión Operativa del Autotransporte Federal de la Dirección General de Autotransporte Federal.- Conocimiento.  
C. Subdirector de Transporte del Centro SCT Estado de México.- Conocimiento.

0048



SECRETARIA DE LA FUNCION PUBLICA

MEXICO, D.F. A 13 DE JUNIO DE 2008

C. FELIPE OSORIO OSORIO  
SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES  
PRESENTE.

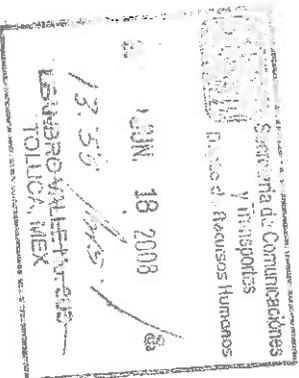
PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARIA  
NO. DE COMPROBACION: [REDACTED]  
R.F.C.: [REDACTED]  
NO. DE CERTIFICADO: [REDACTED]

DECLARACION INICIAL

CON ESTA FECHA SE RECIBIO SU DECLARACION DE SITUACION PATRIMONIAL, PRESENTADA, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL TITULO TERCERO, CAPITULO UNICO, DE LA LEY FEDERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DE LOS SERVIDORES PUBLICOS, DE LA QUE SE ACUSA RECIBO.

LA DECLARACION HA SIDO PRESENTADA EN SOBRE QUE CONTIENE EL ARCHIVO [REDACTED] CON CARACTERES DE AUTENTICIDAD [REDACTED] EL CUAL INCORPORA FIRMA ELECTRONICA, EN SUSTITUCION DE LA AUTOGRAFA Y CON EL MISMO VALOR PROBATORIO.

PARA LA VALIDEZ DE ESTE ACUSE, ES NECESARIO HABER REMITIDO A LA SECRETARIA DE LA FUNCION PUBLICA, EL FORMATO FIRMADO MEDIANTE EL CUAL ACEPTA LAS CONDICIONES DEL USO DE MEDIOS DE IDENTIFICACION ELECTRONICA, QUE OBTUVO AL CERTIFICARSE (SI UTILIZO FIEL O FEA DEL SAT, HACER CASO OMISO DE ESTA INDICACION).  
CARACTERES DE AUTENTICIDAD DEL ACUSE [REDACTED]





CENTRO SCT MÉXICO  
 SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN  
 DEPTO. DE RECURSOS HUMANOS  
 NO. OF. C. SCT.6.10.411.0784/2008

"2008, año de la Educación Física y el Deporte"

Toluca, México; a 2 Junio de 2008.

**LIC. FELIPE OSORIO OSORIO**  
**JEFE DE DEPARTAMENTO DE LO**  
**CONTENCIOSO**  
**P R E S E N T E.**

En atención al Oficio Circular No. 5.2.-001 de fecha 29 de enero del 2007, girado por el Lic. Rudy O. Albertos Cámara, Director General de Recursos Humanos, me permito informar a usted que deberá cumplir con la presentación de la Declaración Modificación Patrimonial de inicio, de conformidad con lo establecido por los artículos 36 y 37 de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.

No omito mencionar que la declaración de inicio deberá presentarla dentro de los sesenta días naturales que marca la Ley después de la alta o baja según sea el caso.

Cabe aclarar, que la declaración de inicio deberá presentarla antes del 10 de Junio del año en curso y enviar copia al Departamento de Recursos Humanos, cabe hacer mención que en caso de no acatar dicha disposición se hará acreedor a las sanciones que esta misma Ley establece.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

**ATENTAMENTE**  
**SUBDIRECTOR DE ADMINISTRACION**

**LAE. VICTOR HUGO ORTIZ RUIZ**

C.c.p.-C. Rosa María Bertha Berriel Martínez.-Jefe del Departamento de Recursos Humanos.-Presente.

RMBB/mamg.

Recibí original  
 para entregar al Lic  
 Felipe Osorio  
 2/06/08  
 CLAUDIA AS

0045

00001262



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO  
SUBDIRECCION GENERAL DE PRESTACIONES ECONOMICAS,  
SOCIALES Y CULTURALES  
SUBDIRECCION DE AFILIACION Y VIGENCIA

DE CONFORMIDAD CON LOS ARTICULOS 6° DE LA LEY DEL I.S.S.S.T.E. Y  
14 DEL REGLAMENTO DE AFILIACION, VIGENCIA DE DERECHOS Y COBRANZA,  
SE PRESENTA EL SIGUIENTE:  
AVISO DE ALTA DEL TRABAJADOR

DATOS DEL TRABAJADOR			
NOMBRE		NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	ENTIDAD DE NACIMIENTO
ESTADO CIVIL   SEXO			
APELLIDO MATERNO		NOMBRE (M)	
OSORIO		FELIPE	
N° EXT		N° INT	LOCALIDAD O COLONIA
ENTIDAD FEDERATIVA		CODIGO POSTAL	
NOMBRE Y CLAVE DE LA CLINICA			
DATOS DEL EMPLEO			
NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD		RAMO	PAGADURIA
SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSP. DIRECCION GRAL			TELEFONO
DOMICILIO: CALLE		DE RECURSOS HUMANOS	00009
AV. UNIVERSIDAD Y XOLA		LOCALIDAD O COLONIA	99900
MUNICIPIO O DELEGACION POLITICA		ENTIDAD FEDERATIVA	CODIGO POSTAL
BENITOR JUAREZ		MEXICO	03020
CLAVE DE COBRO		FIRMA DEL TRABAJADOR	
CFOA001		[Firma]	
FECHA DE INGRESO		SELO	
DIA	MES	AÑO	NOMBRAMIENTO
16	04	2008	20
SUELDO BASICO DE COTIZACION AL I.S.S.S.T.E.			
\$ 6,855.50			
SUELDO BASICO DE APORTACION AL S.A.R.			
\$ 6,855.50			
REMUNERACION TOTAL		NIVEL SALARIAL	
\$ 6,855.50		0A01	
NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO FACULTADO		SELO DE RECEPCION DEL I.S.S.S.T.E.	

ORIGINAL : PROCESO - CATALOGO MANUAL DE ASEGURADOS

LEER INSTRUCCIONES AL REVERSO

0044

Centro SCT México  
Subdirección de Administración  
Depto. de Recursos Humanos  
No. Of. C. SCT.6.10.411.0295/2008

00001233

0000

"2008, año de la Educación Física y el Deporte"

Toluca, México; a 11 de Abril de 2008.

LIC. FCO. ALFREDO GONZALEZ VALENCIA  
SUBDIRECTOR DE RECLUTAMIENTO Y SELECCION  
CENTRO NACIONAL SCT  
MEXICO, D.F.

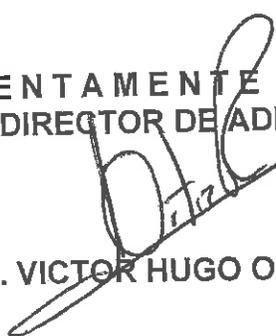
00330

Por medio del presente, me permito anexar los originales del Examen Técnico, realizado el día 11 de Abril a las 13:00 horas al candidato de la plaza de Jefe de Departamento de lo Contencioso.

Agradeciéndole, se continué con el tramite correspondiente.

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE  
SUBDIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN

  
LAE. VICTOR HUGO ORTIZ RUIZ.

C.c.p.- Lic. María Elena Ávila Martínez.-Directora de Ingresos y Profesionalización.-  
México, D.F.  
C. Rosa María Bertha Berriel Martínez.-Jefe del Departamento de Recursos  
Humanos.-Edificio.

0043

VHOR/RMBB/mamg.  


00001264

Tercera de agosto 02  
 Por favor  
 NDA  
 Expedientes

**Asunto:** requisitos para la contratación de inspectores  
**De:** Alfredo Peniche Vendrell <alpenich@sct.gob.mx>

**Fecha:** Thu, 22 Nov 2007 14:03:07 -0600

**PARA::** "ING. LUIS ANTONIO POSADA FLORES" <lposadaf@sct.gob.mx>, "C.P. Enrique Torres Díaz" <etdiaz@sct.gob.mx>, "Ing. Crispín Ernesto Gamboa Ramírez" <cgamboar@sct.gob.mx>, "ING. FRANCISCO LUIS QUINTERO PEREDA" <quintero@sct.gob.mx>, "Ing. Israel Armenta Lopez" <iarmentl@sct.gob.mx>, "ING. JOSE AURELIO LOPEZ FLORES" <jlopeflo@sct.gob.mx>, "Ing. José Luis Lazalde Nuñez" <jlazalde@sct.gob.mx>, "Ing. Juan Alejandro Garcia del Angel" <jgdelang@sct.gob.mx>, "Ing. Juan Carlos Becerra Ruelas" <jbecerr@sct.gob.mx>, "Ing. Lorenzo Huber Corral Anchondo" <lcorrala@sct.gob.mx>, "Ing. Rogelio Sahagun Ontiveros" <rsahagun@sct.gob.mx>, "Ing. Sebastian Villagran Hernández" <svillagr@sct.gob.mx>, "Ing. Tomas Garcia Camacho" <tgcamach@sct.gob.mx>, "Ing. William David Knight Bonifacio" <wknight@sct.gob.mx>, "L.A. Javier A. Cruz Ortega" <jcruzo@sct.gob.mx>, "Lic. Carlos Bravo Higuera" <cbravoh@sct.gob.mx>, "Lic. Carlos Manuel Zurita Garcia" <czurita@sct.gob.mx>, "Lic. Gerardo Joel Martínez Caliano" <gmartinc@sct.gob.mx>, "Lic. José Manuel Padrón Hernández" <jpadronh@sct.gob.mx>, "Lic. José Mauricio Angulo Garcia" <jnovelo@sct.gob.mx>, "Lic. José Trinidad Rueda Rojas" <jrueda@sct.gob.mx>, "Lic. Juan Adolfo Lugo Ruiz" <jlugo@sct.gob.mx>, "Lic. Juan Manuel Quiñones García" <jquinone@sct.gob.mx>, "Lic. Julio Tirado Cañedo" <jtiradoc@sct.gob.mx>, "Lic. Luis Antonio Solis Arrambide" <lsolisar@sct.gob.mx>, "Lic. Marco A. García Castillo" <jugarcia@sct.gob.mx>, "LIC. MIGUEL ANGEL ROMERO TIRADO" <mromert@sct.gob.mx>, "Lic. Nicolas Quintero Montgomery" <niquinte@sct.gob.mx>, "Lic. Noe de Jesús Canto García" <ncantog@sct.gob.mx>, "Lic. Patricio Chavero Elizondo" <pchavero@sct.gob.mx>, "ING. GERADO MICHEL CUEN" <gmichel@sct.gob.mx>, "Lic. Enrique Alvarez Navarro" <ealvn@sct.gob.mx>

Estimados Subdirectores de Transporte:

Por instrucciones del Director General, anexo los requisitos que el área administrativa está solicitando para dar de alta al personal de nuevo ingreso. Asimismo, es muy importante señalar que cada una de las personas que serán dadas de alta, deberán contar con el perfil adecuado, así como con el **visto bueno del Director General del Centro SCT**. Debo emncionar que esta solicitud de apoyo extraordinario requiere recibir su información antes del mediodía de mañana, por lo que agradezco su comprensión y apoyo.

Saludos  
 APV

0042

Recuerda cambiar regularmente la contraseña de los sistemas y servicios que utilices y nunca la compartas con nadie.

Una buena práctica es que tu constraseña sea compuesta de al menos 8 caracteres combinando letras mayúsculas minúsculas así con números y caracteres especiales.

**REQUISITOS PARA INGRESO DEL PERSONAL OPERATIVO****NOTA MUY IMPORTANTE:**

Solicitar a su área administrativa la conformación del expediente del solicitante, mismo que deberá contener:

- ✓ 1 Visto bueno del Director General ✓
- ✓ 2 Solicitud de empleo
- ✓ 3 Certificado de estudios de acuerdo con el perfil anexo *PASADOTE*
- 4 Documento de filiación
- ✓ 5 Cartilla LIBERADA ✓
- ✓ 6 Comprobante de domicilio ✓
- ✓ 7 CURP ✓
- ✓ 8 Credencial de elector ✓
- ✓ 9 Curriculum Vitae ✓
- 10 Examen Médico (certificado de aptitud psico-física) ✓
- ✓ *ACTA UNO* ✓

## ANEXO

**Perfil de puesto para aspirantes a ocupar plazas con funciones de IVGC**

Escolaridad	Nivel medio, superior o equivalente
Nacionalidad	Mexicana
Sexo	Masculino preferentemente
Conocimientos	Mecánica automotriz, legislación en materia de autotransporte, manejo de PC
Idiomas	Con conocimientos de inglés
Edad	Mayor de 25 años
Estado Civil	Indistinto
Experiencia Laboral	1 año
Residencia	en la ciudad de adscripción
Horario	Con disponibilidad abierta

*ALVARO*

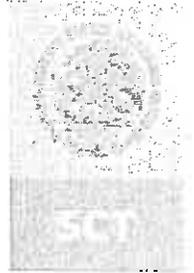
PISO...  
LIP. 050R000001257

ORIGINAL  
22-11-08

22-11-08

(HOJA 1 DE 4)

SECRETARÍA DE  
COMUNICACIONES  
Y TRANSPORTES



ACTA ADMINISTRATIVA QUE SE LEVANTA CON EL OBJETO DE  
HACER CONSTAR EL ERROR DE CAPTURA EN LA CUENTA POR  
LIQUIDAR CERTIFICADA NUMERO [REDACTED] CON NUMERO DE  
SOLICITUD DE PAGO [REDACTED] EN LA CUAL SE DEPOSITO A  
NOMBRE DE [REDACTED]  
AL NUMERO DE CUENTA BANCARIA [REDACTED] POR  
LAS CANTIDADES DE \$ [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED] DE LA CUENTA POR LIQUIDAR CERTIFICADA  
NUMERO [REDACTED] CON NUMERO DE SOLICITUD DE PAGO  
[REDACTED] POR LA CANTIDAD ANTES MENCIONADA, TAMBIÉN A  
NOMBRE DE LA [REDACTED]  
[REDACTED] DEBIENDO HACERSE AMBOS DEPOSITOS AL BANCO  
INTERACCIONES AL NUMERO DE CUENTA [REDACTED]

Recibi  
Alvarado  
22-11-08

LUGAR Y FECHA:

EN LA CIUDAD DE TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, SIENDO LAS DIECISÉIS  
HORAS DEL DÍA VEINTIDÓS DE NOVIEMBRE DEL AÑO DOS MIL SIETE,  
REUNIDOS EN LA SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DEL CENTRO SCT  
ESTADO DE MÉXICO, DEPENDIENTE DE LA SECRETARIA DE  
COMUNICACIONES Y TRANSPORTES, SITO EN CALLE DE LA IGUALDAD  
NUMERO CIEN, PRIMER PISO, COLONIA JUNTA LOCAL DE CAMINOS  
SANTIAGO TLAXOMULCO, DE ESTA CIUDAD DE TOLUCA, ESTADO DE  
MÉXICO.-----

*Recibi  
Copia  
22-11-08*

Recibi  
Copia  
22/11/08  
4039

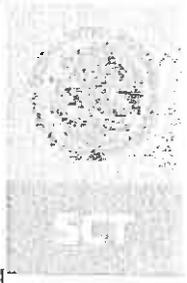
INTERVIENEN:

EL C. C.P. ALVARO URBINA MONCAYO, ENCARGADO DEL DEPARTAMENTO  
DE RECURSOS MATERIALES Y FINANCIEROS, QUIEN SE IDENTIFICA CON  
CREDENCIAL DE ELECTOR NUMERO DE FOLIO [REDACTED] EXPEDIDA POR EL  
INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL; LA C. ROSA MARIA BERTHA BERRIEL  
MARTINEZ, JEFE DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS, QUIEN SE  
IDENTIFICA CON CREDENCIAL DE ELECTOR NUMERO DE FOLIO [REDACTED]  
EXPEDIDA POR EL INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL; LA C. ROSA EVELIN  
CASTAÑEDA BERNAL, CON CARGO DE ANALISTA ADMINISTRATIVO EN EL  
DEPARTAMENTO DE RECURSOS FINANCIEROS, QUIEN SE IDENTIFICA CON  
CREDENCIAL DE ELECTOR NUMERO DE FOLIO [REDACTED] EXPEDIDA POR  
EL INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL Y EL C. ARMANDO FLORES MORENO,  
JEFE DE OFICINA DE PRESUPUESTO EN EL DEPARTAMENTO DE RECURSOS  
FINANCIEROS, QUIEN SE IDENTIFICA CON CREDENCIAL DE ELECTOR

*[Handwritten signature]*

Recibi  
Copia  
22/Enero/08  
Evelin.

Recibi Copia  
22-ENE-08  
L. FLORES MORENO



SECRETARÍA DE  
COMUNICACIONES  
Y TRANSPORTES

NUMERO DE FOLIO [REDACTED] EXPEDIDA POR EL INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL Y COMO TESTIGO DE ASISTENCIA EL C. LIC. FELIPE OSORIO OSORIO, C/CGO. A LA UNIDAD DE ASUNTO JURÍDICOS, QUIEN SE IDENTIFICA CON CREDENCIAL DE LECTOR NUMERO DE FOLIO [REDACTED] EXPEDIDA POR EL INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL, DEL CENTRO SCT ESTADO DE MÉXICO, DEPENDIENTE DE LA SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES.

**OBJETO:**

LA PRESENTE ACTUACIÓN TIENE COMO FINALIDAD HACER CONSTAR EL ERROR DE LA CAPTURA EN LA CUENTA POR LIQUIDAR CERTIFICADA NUMERO [REDACTED] CON NUMERO DE SOLICITUD DE PAGO [REDACTED] EN LA CUAL SE DEPOSITO A NOMBRE DE [REDACTED] AL NUMERO DE CUENTA BANCARIA 012030001557504739 POR LAS CANTIDADES DE [REDACTED]

[REDACTED] POR LA CANTIDAD ANTES MENCIONADA, TAMBIÉN A NOMBRE DE LA [REDACTED] DEBIENDO HACERSE AMBOS DEPOSITOS AL BANCO INTERACCIONES AL NUMERO DE CUENTA [REDACTED]

**DECLARACIONES:**

EN USO DE LA PALABRA EL C. C.P. ALVARO GÉNARO URBINA MONCAYO, ENCARGADO DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS FINANCIEROS Y RECURSOS MATERIALES DEL CENTRO SCT ESTADO DE MÉXICO, DEPENDIENTE DE LA SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES, DECLARA QUE: "ME ENTERE QUE AL BANCO INTERACCIONES NO SE LE HABÍAN REALIZADO LOS DEPÓSITOS EN LA CUENTA NUMERO [REDACTED] POR LAS CANTIDADES DE [REDACTED]

0038

ASI COMO DEPOSITO POR LA CANTIDAD DE [REDACTED]

[REDACTED] HASTA QUE EL MISMO BANCO INTERACCIONES, PREGUNTO VIA TELEFÓNICA CUANDO SE DEPOSITARIA LAS CANTIDADES EN MENCIÓN, ASÍ COMO LOS INTERESES, POR LO QUE PROCEDÍ HABLAR CON PEDRO AYALA, CONTRATISTA DE LA [REDACTED] QUIEN ME COMENTO QUE REVISARIA LA CUENTA EN QUE SE HIZO EL DEPOSITO PARA QUE ÉL REINTEGRARA EL IMPORTE E INTERESES QUE POR ERROR INVOLUNTARIO SE DEPOSITO A SU CUENTA, EL DÍA DE HOY SE ESTA EN ESPERA DEL AVISO DE DEPOSITO O DE OFICIO QUE ENVIARÍA EN EL CUAL EL SE COMPROMETE A REINTEGRAR ESA CANTIDAD AL BANCO INTERACCIONES".

*[Handwritten signatures and marks]*

(HOJA 3 DE 4)



SECRETARÍA DE  
COMUNICACIONES  
Y TRANSPORTES

EN USO DE LA PALABRA LA C. ROSA EVELIN CASTAÑEDA BERNAL, CON CARGO DE ANALISTA ADMINISTRATIVO EN EL DEPARTAMENTO DE RECURSOS FINANCIEROS DEL CENTRO SCT ESTADO DE MÉXICO, DEPENDIENTE DE LA SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES, DECLARA QUE: "POR ERROR INVOLUNTARIO NO REGISTRO CORRECTAMENTE EL DOCUMENTO DENOMINADO ESTIMACIÓN DE OBRA PUBLICA, EL CUAL SE CAPTURE EL DÍA PRIMERO DE NOVIEMBRE EN LA CUENTA POR LIQUIDAR CERTIFICADA NUMERO [REDACTED] CON NUMERO DE SOLICITUD DE PAGO [REDACTED] LA CUAL SE DEPOSITO A NOMBRE DE LA [REDACTED] AL NUMERO DE CUENTA BANCARIA [REDACTED] POR LA CANTIDAD DE [REDACTED]

ASI MISMO SE REALIZO DEPOSITO POR LA CANTIDAD DE [REDACTED]

CERTIFICADA NUMERO [REDACTED] CON NUMERO DE SOLICITUD DE PAGO [REDACTED] POR LA CANTIDAD ANTES MENCIONADA, TAMBIÉN A NOMBRE DE LA [REDACTED] DEBIENDO HACERSE AMBOS DEPOSITOS AL BANCO INTERACCIONES AL NUMERO DE CUENTA [REDACTED] DESTACANDO QUE NO HUBO NINGÚN INTERÉS, MALA FE O DOLO ALGUNO, ÚNICAMENTE COMO YA LO HE MANIFESTADO FUE UN ERROR INVOLUNTARIO EN DICHO TRAMITE".-----

A CONTINUACIÓN EL C. ARMANDO FLORES MORENO, JEFE DE LA OFICINA DE PRESUPUESTO DEL CENTRO SCT ESTADO DE MÉXICO DEPENDIENTE DE LA SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES, DECLARA QUE: "LE INFORME AL C.P. ALVARO GENARO URBINA MONCAYO, EN RELACIÓN AL ASUNTO QUE NOS OCUPA SE LE SOLICITO VÍA TELEFÓNICA A LA [REDACTED] REALIZARA EL DEPOSITO CORRESPONDIENTE A LA CUENTA DEL BANCO INTERACCIONES, POR LA CANTIDAD DE [REDACTED]

0037

ERROR SE LE HIZO EL DEPOSITO A SU CUENTA, INDICANDOME QUE PROCEDERÍA HACER LO CORRESPONDIENTE, INFORMACIÓN QUE LE FUE COMUNICADA AL LAE. VICTOR HUGO ORTIZ RUIZ, SUBDIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN DE ESTE CENTRO SCT.-----

CIERRE DEL ACTA:

PREVIA LECTURA DE LA PRESENTA ACTUACIÓN Y ENTERADOS LOS QUE EN ELLA INTERVIENEN DE SU CONTENIDO, NO HABIENDO OTRO ASUNTO QUE HACER CONSTAR, SE DA POR TERMINADA LA PRESENTE ACTA SIENDO LAS DIECIOCHO HORAS DEL DÍA DE LA FECHA, FIRMANDO AL CALCE Y AL MARGEN LOS QUE EN ELLA INTERVIENEN PARA DEBIDA CONSTANCIA.-----

*[Handwritten signatures and initials]*

(HOJA 4 DE 4)

SECRETARÍA DE  
COMUNICACIONES  
Y TRANSPORTES



ENCARGADO DEL DEPTO. REC.  
FINANCIEROS Y MATERIALES.

*[Handwritten signature]*

C. C.P. ALVARO GENARO URBINA  
MONCAYO

JEFA DEL DEPTO. DE RECURSOS  
HUMANOS

*[Handwritten signature]*

C. ROSA MA. BERTHA BERRIEL  
MARTINEZ

C/CGO. DE ANALISTA  
ADMINISTRATIVO DEL DEPTO. REC.  
FINANCIEROS

*[Handwritten signature]*

C. ROSA EVELIN CASTAÑEDA  
BERNAL

JEFE DE LA OFICINA DE  
PRESUPUESTO

*[Handwritten signature]*

C. ARMANDO FLORES MORENO

TESTIGO DE ASISTENCIA

C/CGO A LA UNIDAD DE ASUNTOS  
JURÍDICOS

*[Handwritten signature]*

C. LIC FÉLIX OSORIO OSORIO

0036

**DOCUMENTOS QUE CONFORMAN EL EXPEDIENTE DE PERSONAL  
DATOS SERVIDOR PÚBLICO**

**NOMBRE COMPLETO:** FELIPE OSORIO OSORIO

**RFC:** [REDACTED]

**CODIGO:** CFOA001

**NIVEL:** OA001

**PUESTO:** JEFE DE DEPARTAMENTO (JEFE DE DEPARTAMENTO DE LO CONTENCIOSO)

N°	DOCUMENTOS	SE ADJUNTA
1	ACTA DE NACIMIENTO *	X
2	REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES, RFC CON HOMOCLOVE *	X
3	CURP *	X
4	CREDENCIAL DE ELECTOR *	X
5	COMPROBANTE DE ESTUDIOS *	X
6	CARTILLA S.M.N. (EN SU CASO) *	X
7	SOLICITUD DE EMPLEO	X
8	COMPROBANTE DE DOMICILIO *	X
9	CONSTANCIA DE NO INHABILITACION	
10	CURRICULUM VITAE	X

\* Copia

**CERTIFICO**



C. ROSA MARIA BERTHA BERRIEL MARTINEZ  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

NOTA: SE ANEXA ESCRITO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD Y  
COPIA DEL OFICIO DONDE SE SOLICITA LA CONSTANCIA DE NO INHABILITACION

00001272



SECRETARIA DE COMUNICACIONES  
Y  
TRANSPORTES

SUBSECRETARÍA DE TRANSPORTE  
DIRECCIÓN GENERAL DE PROTECCIÓN Y MEDICINA PREVENTIVA EN EL  
TRANSPORTE

CONSTANCIA DE APTITUD PSICOFÍSICA

INFORMACIÓN DEL PERSONAL	
Nombre: OSORIO OSORIO FELIPE	[REDACTED]
RFC: [REDACTED]	[REDACTED]
CURP: [REDACTED]	[REDACTED]
Género: [REDACTED]	[REDACTED]
Número: [REDACTED]	[REDACTED]
INFORMACIÓN DEL EXAMEN	
Fecha del examen: [REDACTED]	Categoría: U. ADMITIVA. CORR.
Modo de transporte: ADMISIÓN A LA S.C.T.	
COMO RESULTADO DEL EXAMEN PSICOFÍSICO INTEGRAL, QUE LE FUE PRACTICADO, EL DICTAMEN FUE:	
[REDACTED]	
INFORMACIÓN MÉDICA ADICIONAL	
[REDACTED]	

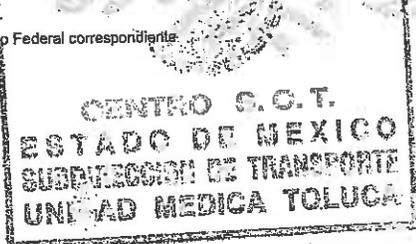
NOMBRE, NO. DE CÉDULA PROFESIONAL Y FIRMA DEL MEDICO DICTAMINADOR AUTORIZADO POR DGPMPT	LUGAR DE PRÁCTICA DEL EXAMEN
ALCANTARA JAIMES NICOLAS (Ced. Prof. 1532565) <i>[Signature]</i>	TOLUCA
	UNIDAD MÉDICA

FECHA DE DICTAMEN: 23/11/2007

HUELLA DACTILAR Y FIRMA
[REDACTED]

NOTA: conforme al artículo 22 del REGLAMENTO del servicio de Medicina Preventiva en el Transporte publicado el 21 de abril de 2004. La Constancia de Aptitud Psicofísica que expida la Dirección, tendrá una vigencia de noventa días naturales, contados a partir de la fecha de su entrega, a efecto de que el personal obtenga o revalide la Licencia Federal o Título, Certificado o Libreta de Mar y de Identidad Marítima. Si concluido el término de la vigencia de la Constancia de Aptitud Psicofísica, el interesado no ha realizado su trámite de que se trate, deberá practicarse nuevamente el examen respectivo y el pago correspondiente del mismo.

C.c.p. Dirección General del Transporte Público Federal correspondiente  
Expediente



257938231120072338

0034

00001273

ORIGINAL



SECRETARÍA DE COMUNICACIONES  
Y  
TRANSPORTES

SUBSECRETARÍA DE TRANSPORTE  
DIRECCIÓN GENERAL DE PROTECCIÓN Y MEDICINA PREVENTIVA EN EL  
TRANSPORTE

CONSTANCIA DE APTITUD PSICOFÍSICA

INFORMACIÓN DEL PERSONAL	
Nombre: OSORIO OSORIO FELIPE	
RFC:	
CURP:	
Género:	
Núm. E:	
INFORMACIÓN DEL EXAMEN	
Fecha del examen:	Categoría: U. ADMITIVA. CORR.
Modo de transporte: ADMISION A LA S.C.T.	
COMO RESULTADO DEL EXAMEN PSICOFÍSICO INTEGRAL, QUE LE FUE PRACTICADO, EL DICTAMEN FUE:	
INFORMACION MEDICA ADICIONAL	

NOMBRE, NO. DE CÉDULA PROFESIONAL Y FIRMA DEL MEDICO DICTAMINADOR AUTORIZADO POR DGPMP.T.	LUGAR DE PRACTICA DEL EXAMEN
 ALCANTARA JAMES NICOLAS (Ced. Prof. 1532565)	TOLUCA
	UNIDAD MÉDICA

FECHA DE DICTAMEN: 23/11/2007

HUELLA DACTILAR Y FIRMA

NOTA: conforme al artículo 22 del REGLAMENTO del servicio de Medicina Preventiva en el Transporte publicado el 21 de abril de 2004. La Constancia de Aptitud Psicofísica que expida la Dirección, tendrá una vigencia de noventa días naturales, contados a partir de la fecha de su entrega, e efecto de que el personal obtenga o revalide la Licencia Federal o Título, Certificado o Libreta de Mar y de Identidad Marítima. Si concluido el término de la vigencia de la Constancia de Aptitud Psicofísica, el interesado no ha realizado su trámite de que se trate, deberá practicarse nuevamente el examen respectivo y el pago correspondiente del mismo.

C.c.p. Dirección General del Transporte Público Federal correspondiente  
Expediente

CENTRO S.C.T.  
ESTADO DE MEXICO  
SUBDIRECCION DE TRANSPORTE  
UNIDAD MEDICA TOLUCA

0033



257938231120072338

00001274



FILIACION  
CEDULA DE REGISTRO DEL SERVIDOR  
PUBLICO FEDERAL

308-A.4.1.2/10.013.

DATOS LABORALES

DEPENDENCIA	SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES		
ENTIDAD PARAESTATAL U ORGANISMO DESCENTRALIZADO:			
UNIDAD RESPONSABLE	CENTRO S.C.T. ESTADO DE MEXICO		
DOMICILIO OFICIAL	IGUALDA No.100 SAN MARCOS YACHIHUACALTEPEC, TOLUCA, EDO. DE MEX.	TELEFONO	01 722 2 36 06 20
PUESTO PROPUESTO		NIVEL	
ULTIMO EMPLEO	CENTRO S.C.T. ESTADO DE MEXICO	PUESTO	ASESOR JURIDICO
CURP	[REDACTED] FILIACION Y HOMONIMIA		

DATOS DE IDENTIFICACION

NOMBRE	OSORIO	OSORIO	FELIPE
	APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
FECHA DE NACIMIENTO	[REDACTED]		
SEXO	[REDACTED]		

DOCUMENTOS OFICIALES PARA MEXICANOS

[REDACTED]

DOCUMENTOS OFICIALES PARA EXTRANJEROS

PAIS	NUMERO DE PASAPORTE	FM
VIGENCIA DE	A	PUESTO AUTORIZADO

DATOS FAMILIARES

[REDACTED]

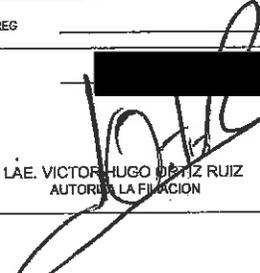
DATOS ESCOLARES

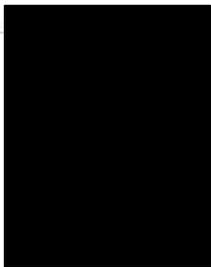
AREA DE ESTUDIOS	LICENCIATURA EN DERECHO	NIVEL MAX. DE ESTUDIOS	LICENCIATURA
NIVEL MAX. DE CREDITOS COMPROBABLES	100%	NUMERO DE CEDULA PROFESIONAL	4080916
INSTITUCION DONDE SE CURSO	FACULTAD DE INGENIERIA DE LA UAEM	FECHA DE INICIO	04/09/1994
IDIOMAS	INGLES 50%	FECHA DE TERMINACION	31/07/1999
		ESPECIALIZACION	

DOMICILIO

[REDACTED]

DATOS DE ELABORACION DEL DOCUMENTO

FECHA DE ELABORACION	26 DE NOVIEMBRE DE 2007	LUGAR DE ELABORACION	TOLUCA, EDO. MEXICO	NUM REG	
CURP	[REDACTED]			CURP	[REDACTED]
MA. DEL CARMEN REYES VILCHIS RESPONSABLE DEL LLENADO DE LA FILIACION		 FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO		 LAE. VICTOR HUGO DE LA RUIZ AUTORIDAD LA FILIACION	

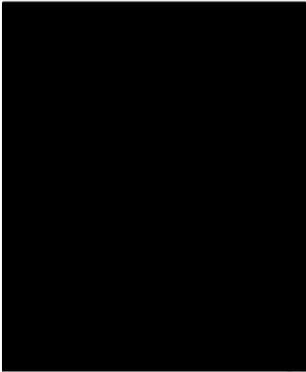


*Osorio*

0031

OSORIO OSORIO FELIPE

00001276



OSORIO OSORIO FELIPE

0030

ESTADO DE GUATEMALA  
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE NACIMIENTO:

[REDACTED]

FELIPE  
OSORIO  
OSORIO

[REDACTED]

ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED]

AÑO DE REGISTRO: [REDACTED]

NUMERO DE LIBRO [REDACTED]

NUMERO DE ACTA O FOJA: [REDACTED]



**SAT**  
 Servicio de Administración Tributaria  
 SECRETARÍA DE HACIENDA Y CREDITO PÚBLICO

**CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN FISCAL**



# INSCRIPCIÓN EN EL R.F.C.

EL SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA, LE DA A CONOCER EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES, QUE LE HA SIDO ASIGNADO CON BASE EN LOS DATOS QUE PROPORCIONÓ, LOS CUALES HAN QUEDADO REGISTRADOS CONFORME A LO SIGUIENTE:

**NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL**  
 OSORIO OSORIO FELIPE

**DOMICILIO**  


**CLAVE DEL R.F.C.**  
**CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION**  
 ADMINISTRACIÓN LOCAL DE RECAUDACIÓN **TOLUCA**

**ACTIVIDAD**  


**SITUACIÓN DE REGISTRO**  
**ACTIVO**

**FECHA DE INSCRIPCIÓN**  
**FECHA DE INICIO DE OPERACIONES**

## OBLIGACIONES

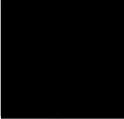
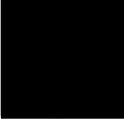
CLAVE	DESCRIPCIÓN	FECHA ALTA
		

TRÁMITES EFECTUADOS	FECHA DE PRESENTACIÓN	FOLIO DEL TRÁMITE
INSCRIPCIÓN PERSONA FÍSICA	2003/11/17	

METEPEC, ESTADO DE MEXICO A 17 DE NOVIEMBRE DE 2003  
 TELEFONO DE ATENCIÓN CIUDADANA  
 (QUEJAS Y SUGERENCIAS) 01-800-728-2000

ADMINISTRADOR LOCAL DE RECAUDACION  
 TOLUCA

  
 C.P. ABRAHAM ARCINIEGA CAMARENA

ANVERSO	 <b>REGISTRO NACIONAL DE POBLACION</b>	Esta Clave Unica de Registro de Población, se expide con base en los datos que identifican su documento probatorio:
	<b>CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION</b>	
	CLAVE 	<b>ACTA DE NACIMIENTO:</b>  ENTIDAD FEDERATIVA:  MUNICIPIO:  AÑO DE REGISTRO:  NUMERO DE LIBRO:  NUMERO DE ACTA O 
	NOMBRE <b>FELIPE OSORIO OSORIO</b>	
FECHA DE INSCRIPCIÓN: 		

REVERSO



00001280

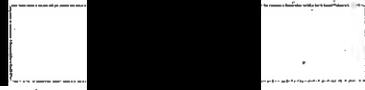
00001280



ESTE DOCUMENTO ES INTRANSFERIBLE, NO ES VALIDO SI PRESENTA TACHADURAS O ENMIENDADURAS.

EL TITULAR ESTA OBLIGADO A NOTIFICAR EL CAMBIO DE DOMICILIO EN LDS 30 DIAS SIGUIENTES A QUE ESTE OCURRA.

MANUEL LÓPEZ BERNAL  
SECRETARIO EJECUTIVO DEL  
INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL



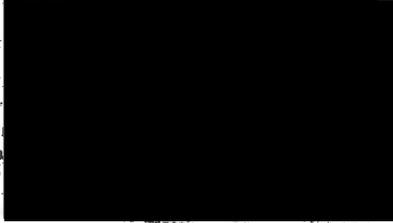
ELECCIONES FEDERALES				LOCALES								EXTRAORDINARIAS Y OTRAS			
12	15	06	09	09	10	11	12	13	04	05	06	07	08		



**INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL**  
**REGISTRO FEDERAL DE ELECTORES**  
**CREDENCIAL PARA VOTAR**

NOMBRE  
OSORIO  
OSORIO  
FELIPE

EDAD  
SEXO



0026

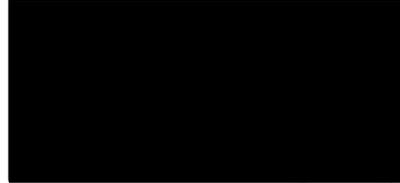
00001281



INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL  
REGISTRO FEDERAL DE ELECTORES  
CREDENCIAL PARA VOTAR

NOMBRE  
OSORIO  
OSORIO  
FELIPE  
DOMICILIO

EDAD  
SEXO



ESTE DOCUMENTO ES INTRANSFERIBLE  
Y NO ES VALIDO SI PRESENTA TACHAS  
O ENMIENDADURAS

TITULAR ESTA OBLIGADO A NOTIFICAR  
EL CAMBIO DE DOMICILIO EN  
DIEZ Y CINCO DIAS SIGUIENTES A QUE ESTE  
CUMPLA

*[Signature]*

MANUEL LÓPEZ BERNAL  
SECRETARIO EJECUTIVO DEL  
INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

12	15	06	09	09	10	11	12	13	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

ENTRADA EN VIGENCIA

0025



TELEFONOS DE MEXICO S.A.B. de C.V.  
Parque Vía 198, Col. Cuauhtémoc  
C.P. 06599 México D.F.  
RFC: TME840315-KT6 11-AGO-2007 DV 6

Total a Pagar: \$ 1,196.00

Pagar antes de: INMEDIATO

Mes de Facturación: Agosto

Teléfono:

Factura No.:

Cuenta vencida

Su estado de cuenta presenta 2 meses vencidos, agradeceremos cubrir el adeudo correspondiente. Su servicio está suspendido. Una vez liquidado su adeudo, haremos un cargo por reanudación del servicio.

OSORIO OSORIO FELIPE

RFC

Estado de Cuenta

Saldo Anterior	1,119.00
Su Pago	- 0.00
<b>Saldo</b>	<b>1,119.00</b>
Cargo por Redondeo	+ 0.88
Cargos del Mes	+ 66.93
IVA	+ 10.04
<b>SubTotal</b>	<b>\$ 77.85</b>
Crédito por Redondeo*	- 0.85
<b>Total a Pagar</b>	<b>\$ 1,196.00</b>

(mil ciento noventa y seis pesos 00/100 M.N.)

\*La diferencia de Centavos aplicará en su próximo Estado de Cuenta.

Cargos del Mes

LADA	46.98
Celulares	19.95
<b>SubTotal</b>	<b>\$ 66.93</b>

Información:

- Atención a Clientes: 01 (800) 123 0000
- Paga tu recibo fácil y rápido en [telmex.com](http://telmex.com)

OSORIO OSORIO FELIPE

Teléfono

Total a Pagar: \$ 1,196.00

Mes de Facturación: Agosto

Pagar antes de: INMEDIATO

DV 6



72828520940001196003

¡No pierdas el contacto con tus familiares y amigos, conserva tu Línea!



¡Paga tu Recibo sin salir de casa!

con cargo a tu cuenta de cheques o a tu tarjeta de crédito Solicítalo en tu banco

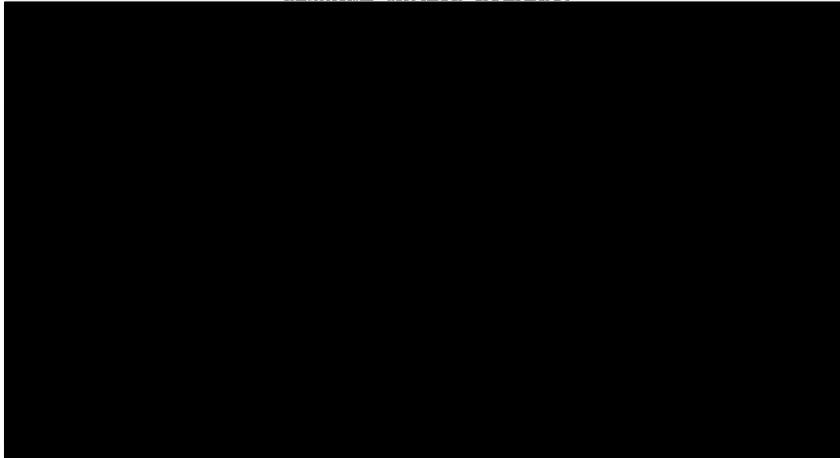
[www.telmex.com](http://www.telmex.com)

0024

00001233

SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL

SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL

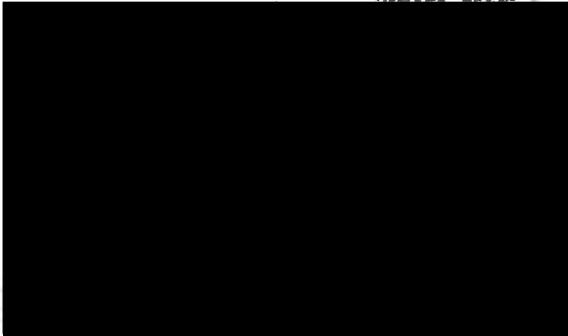


El General Brigadier DEM,  
 Jefe de la Oficina Central  
 de Reclutamiento

*[Signature]*

C. MARIO REYES GARCIA  
 (4176895)

ERMA, MEX., 15 DE AGOSTO DE 1998.



Huella digital



VISO EL 31 DE DICIEMBRE DE 1999  
 EL C. GRAL. BRIG. D.E.M. SUBDIR. GRAL. S.M.N.

*[Signature]*

VICENTE CONTRERAS MORALES

0023

*[Handwritten mark]*

**SOLICITUD DE EMPLEO**

00001231

SEA TANTO ANIBLE DE LLENAR ESTA SOLICITUD EN FORMA MANUSCRITA  
 NOTA: TODA INFORMACION AQUÍ PROPORCIONADA SERA TRATADA CONFIDENCIALMENTE

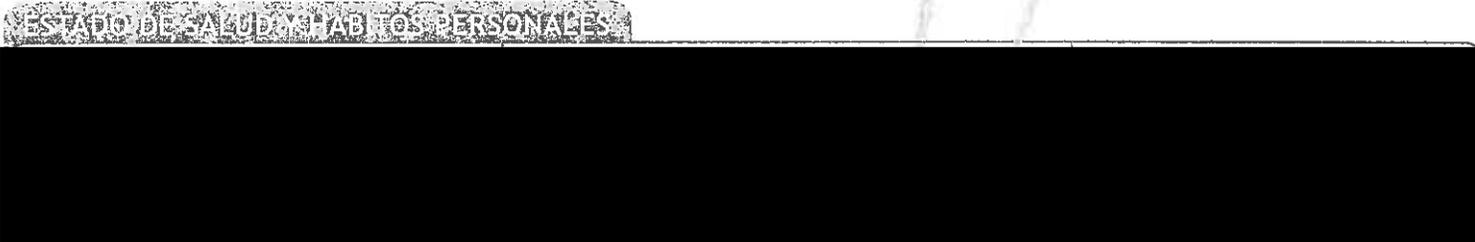
~~00001~~  
 RECIENTE

FECHA	PUESTO SOLICITADO	SUELDO MENSUAL DESEADO
-------	-------------------	------------------------

APELLIDO PATERNO <b>Osorio</b>	APELLIDO MATERNO <b>Osorio</b>	NOMBRE(S) <b>Felipe</b>	EDAD
DOMICILIO	COLONIA	CODIGO POSTAL	SEXO



REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTE No. [REDACTED]	AFILIACION AL SEGURO SOCIAL No.	CARTILLA SERVICIO MILITAR No.	PASAPORTE No.
¿TIENE LICENCIA DE MANEJO? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	CLASE Y NUMERO DE LICENCIA	SIENDO EXTRANJERO QUE DOCUMENTO LE PERMITE TRABAJAR EN EL PAIS	CREDENCIAL DE ELECTOR No.
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION (CURP) [REDACTED]			AFORE No.



NOMBRE		VIVE	FINADO	DOMICILIO	OCCUPACION
PADRE					



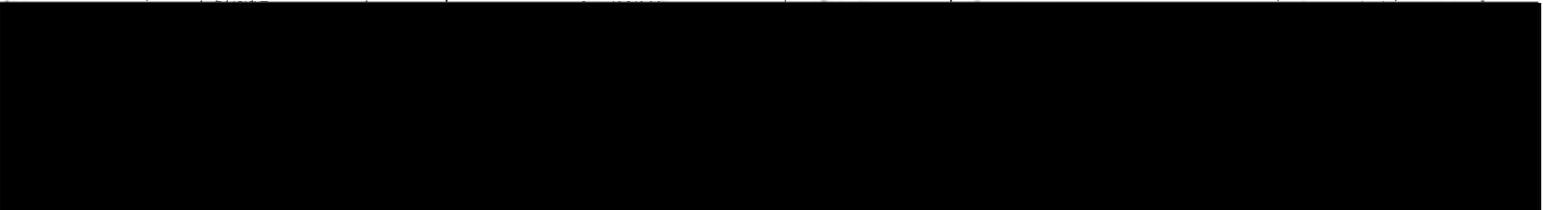
NOMBRE DE LA ESCUELA	DOMICILIO	DE	FECHAS	A	AÑOS	TITULO RECIBIDO
PRIMARIA "Lic. Benito Juárez"	Au. Vasco de Quiroga, Tlaxtepec	1982	1986		6	Certificado
SECUNDARIA "Oficial No. 134"	Po. Juárez, Tlaxtepec, Lerma, Méx.	1986	1991		3	Certificado
PREPARATORIA O VOCACIONAL "Oficial No. 51"	Domi. Con. San Mateo Atenco, Méx.	1991	1994		3	Certificado
PROFESIONAL U.A.E.M.	Toluca, México	1994	1999		5	Título
COMERCIAL U OTROS						0022

ESTUDIOS QUE ESTA EFECTUANDO EN LA ACTUALIDAD	HORARIO	CURSO O CARRERA	GRADO
ESUELA			

IDIOMAS QUE DOMINA <b>Inglés</b>	FUNCIONES DE OFICINA QUE DOMINA <b>Administrativas, de Mando</b>
MAQUINAS DE OFICINA O EQUIPO DE TRABAJO QUE SEPA MANEJAR <b>Computadora</b>	
OTROS TRABAJOS O FUNCIONES QUE DOMINA	

CONCEPTO	EMPLEO ACTUAL O ULTIMO	EMPLEO ANTERIOR	EMPLEO ANTERIOR	EMPLEO ANTERIOR
TIEMPO QUE PRESTO SUS SERVICIOS	DE 1992 A 1995	DE 2002 A 2003	DE 2001 A 2002	DE 2000 A 2001
NOMBRE DE LA COMPAÑIA	CENTRO SCT ESTADO DE MEXICO	INSTITUTO ELECTORAL DEL ESTADO DE MEXICO	CENTRO SCT ESTADO DE MEXICO	INSTITUTO ELECTORAL DEL ESTADO DE MEXICO
DOMICILIO	IGUALDAD S/N. SANTIAGO TLAYOMULCO, TOLUCA, MEX.	BOH. CON. LERMA, ESTADO DE MEXICO	LEONARDO VALLE, 305 COLONIA ELECTRICISTAS LOCALES, TOLUCA, MEX.	BOH. CONOC. LERMA, ESTADO DE MEXICO
TELEFONO	01 72 22 236 06 33	SIN.	SIN.	SIN.
PUESTO DESEMPEÑADO	Asesor Jurídico.	Auxiliar de Junta.	Asesor Jurídico.	AUXILIAR DE JUNTA
SUELDOS	\$ 3,000.00	\$ 7,000.00	\$ 3,000.00	\$ 3,500.00
MOTIVO DE SU SEPARACION	Interés personal.	Termino de Proceso Electoral.	Interés Personal.	Termino de Proceso Electoral
NOMBRE DE SU JEFE DIRECTO	Lic. Maria Patricia Lopez Maza.	Lic. Jose Luis Hernandez de la Cruz	Lic. Maria Patricia Lopez Maza.	Lic. Fernando Pachuga Ochoa.
PUESTO DE SU JEFE DIRECTO	Jefa de la Unidad de Asuntos Jurídicos	Vocal Ejecutiva de la Junta.	Jefa de la Unidad de Asuntos Jurídicos	Vocal Ejecutivo de la Junta.
PODEMOS SOLICITAR INFORMES DE USYED	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (RAZONES)			

¿TIENE USTED OTROS PARENTES EN SU EMPRESA? (EN CASO DE NO INCLUIR PARENTES O JEFES ANTERIORES)



¿CÓMO SUFIERE SU EMPLEO?

ANONIMO  PROMEREO (PROTEJO)

¿TIENE PARENTES TRABAJANDO EN ESTA EMPRESA?

NO  SI (PARENTES)

¿ES ESTABLE O TEMPORAL?

NO  SI (INDICAR DE LA CEL)

¿HA ESTADO AFILIADO A ALGUNA SINDICATO?

NO  SI (COMPLETAR)

¿TIENE MENOS DE 18 AÑOS?

NO  SI (INDICAR DE LA CEL) \$

¿PUEDE VALER?

SI  NO (RAZONES)

¿SI RESPONDIÓ NEGATIVAMENTE SU LOGRO DE TRABAJOS?

SI  NO (RAZONES)

¿CÓMO SE LE PAGA SU SALARIO?

**Inmediatamente**

¿TIENE USTED OTROS INGRESOS?

NO  SI (DESCRIBIRLOS)

¿TIENE OTROS TRABAJOS?

NO  SI (DESCRIBIR)

¿TIENE EN CASA PROPIA?

NO  SI

¿TIENE RENTA?

NO  SI

¿TIENE AUTOMÓVIL?

NO  SI

¿TIENE DEUDAS?

NO  SI (COMPLETAR)

¿CUÁNTO GANAN SU Cónyuge o Pareja?

\$ **SIN.**

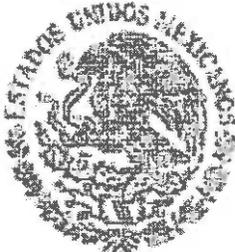
¿CUÁNTO GANAN SUS HIJOS MENORES DE EDAD?

\$ **5,000.00.**

CÓDIGO DE BARRAS DEL EMPLEADOR

DECLARO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONÉ ES VERDADERA

FECHA DEL SOLICITANTE



SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

SUBSECRETARÍA DE ATENCIÓN CIUDADANA Y NORMATIVIDAD

DIRECCIÓN GENERAL DE RESPONSABILIDADES Y SITUACIÓN PATRIMONIAL

DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE REGISTRO PATRIMONIAL Y DE SERVIDORES PÚBLICOS SANCIONADOS

OFICIO No: DG/DGARPPSPS/311/CI/031106/2008

México D.F., 30 de Abril de 2008

"2008, Año de la Educación Física y el Deporte"

C. ROSA MA. BERTHA BERRIEL MARTINEZ
JEFE DEL DEPTO. DE RECURSOS HUMANOS
CENTRO S. C. T. MEXICO
IGUALDAD, No. 100
COL. JUNTA LOCAL DE CAMINOS, CODIGO POSTAL 50280
ANTIAGO TLAXOMULCO, TOLUCA. EDO. DE MEX.

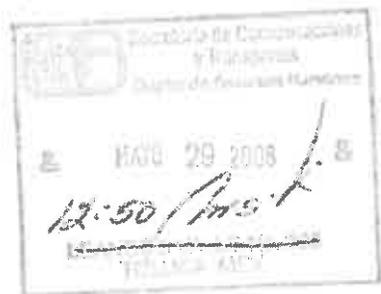
EN ATENCIÓN A LA(S) SOLICITUD(ES) 0353.....

DE FECHA 25 DE ABRIL DE 2008

LA DIRECCIÓN GENERAL DE RESPONSABILIDADES Y SITUACIÓN PATRIMONIAL, EN CUMPLIMIENTO DEL ARTÍCULO 40 DE LA LEY FEDERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS Y 45 FRACCIÓN IV DEL REGLAMENTO INTERIOR DE ESTA DEPENDENCIA, HACE CONSTAR QUE, HABIENDO REVISADO EL REGISTRO DE SERVIDORES PUBLICOS SANCIONADOS, A LA FECHA NO SE ENCONTRÓ INHABILITADA(S) A LA(S) SIGUIENTE(S) PERSONA(S).

Table with 4 columns: R.F.C., Nombre, and two columns of names. Rows 1-5 list individuals like OCAMPO, OSORIO, RODRIGUEZ, TREJO, URBINA.

COPIA



0021

En respuesta al oficio No. 0353

AVISO IMPORTANTE
ESTA CONSTANCIA ES VÁLIDA ÚNICAMENTE PARA EL NOMBRE Y REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES DE LAS 5 PERSONAS CONSULTADAS.

00001280



SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

SUBSECRETARÍA DE ATENCIÓN CIUDADANA Y NORMATIVIDAD

DIRECCIÓN GENERAL DE RESPONSABILIDADES Y SITUACIÓN PATRIMONIAL

DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE REGISTRO PATRIMONIAL Y DE SERVIDORES PÚBLICOS SANCIONADOS

OFICIO No: DG/DGARPPSPS/311/CI/031106/2008

México D.F., 30 de Abril de 2008

"2008, Año de la Educación Física y el Deporte"

R.F.C.                      Nombre

ESTA CONSTANCIA ES VALIDA UNICAMENTE PARA LOS 5 R. F. C Y NOMBRES CONSULTADOS

ATENTAMENTE

SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN

LA DIRECTORA DE REGISTRO DE SERVIDORES PÚBLICOS SANCIONADOS



DIRECCIÓN GENERAL DE RESPONSABILIDADES Y SITUACIÓN PATRIMONIAL

LIC. JAQUELINE M. ALVARADO GOMEZ

0020

En respuesta al oficio No. 0353

AVISO IMPORTANTE

ESTA CONSTANCIA ES VÁLIDA ÚNICAMENTE PARA EL NOMBRE Y REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES DE LAS 5 PERSONAS CONSULTADAS.

~~00001218~~

SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES



CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO Y DESIGNACION DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE SEPARACION INDIVIDUALIZADO

NUM. DE EXPEDIENTE

REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES CON HOMOCLEAVE

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

FAVOR DE LLENAR CON LETRA DE MOLDE

CONTRATANTE

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

NOMBRE DEL ASEGURADO

SUMA ASEGURADA (%) DE LA PERECP ORDINARIA ELEGIDO POR EL SERVIDOR

OSORIO  
APELLIDO PATERNO

OSORIO  
APELLIDO MATERNO

FELIPE  
NOMBRE(S)

ALTA EN LA DEPENDENCIA		
16	04	2008

BENEFICIARIO(S)				PARENTESCO
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES(S)	%	

BENEFICIO ADICIONAL APORTACIONES EXTRAORDINARIAS

EXPRESAMENTE OTORGO A NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD, MI CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO EN LA POLIZA DEL SEGURO DE SEPARACION INDIVIDUALIZADO QUE CONTRATE CON LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS QUE ME CORRESPONDAN

SOLO CUANDO EL ASEGURADO NO PUEDA FIRMAR

FIRMA DEL ASEGURADO



HUELLA DEL PULGAR DERECHO

Lugar y fecha en que se firma este consentimiento:

México, D.F a 16 de Abril de 2008

0018

ESTE CONSENTIMIENTO Y DESIGNACION DE BENEFICIARIOS SURTIRA EFECTOS E INICIARA SU VALIDEZ A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2007

\* Beneficiarios
En el caso de que se desee nombrar como beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.
Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.
La designación que se hiciera de un mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

SECRETARÍA DE  
COMUNICACIONES  
Y TRANSPORTES



**SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL**  
**ELECCIÓN DE INCREMENTO DE SUMA**  
**ASEGURADA (POTENCIACIÓN) Y**  
**AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO EN**  
**NÓMINA**

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES CON  
HOMOCLAVE

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN

ANTES DE ELEGIR CUALQUIER OPCIÓN LEA CUIDADOSAMENTE TODO EL DOCUMENTO

**CONSIDERACIONES**

ESTA PRESTACIÓN ES LA MISMA QUE SE VIENE OTORGANDO, NO ES UN SEGURO NUEVO, ESTA INFORMACIÓN SE SOLICITA PARA QUE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA QUE GANE LA LICITACIÓN Y BRINDE EL SERVICIO A LOS ASEGURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2007, PUEDA PAGAR LOS SINIESTROS CON LA SUMA ASEGURADA BÁSICA DE 40 MESES DE PERCEPCIÓN ORDINARIA (A CARGO DE LA DEPENDENCIA) MÁS LA POTENCIACIÓN ELEGIDA POR EL SERVIDOR PÚBLICO.

EL PRESENTE FORMATO ES EL ÚNICO A TRAVÉS DEL CUAL SE ELIGE INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA (POTENCIACIÓN), Y AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO EN NÓMINA, EN CASO DE HABER ELEGIDO ALGUNA POTENCIACIÓN EN EL FORMATO DE CONSENTIMIENTO Y DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS. LA MISMA NO TIENE VALIDÉZ PARA PAGO DE SUMA ASEGURADA EN CASO DE SINIESTRO, NI PARA FINES DE DESCUENTO EN NÓMINA.

SOLO SE DEBERÁ DE FIRMAR UNO DE LOS DOS SUPUESTOS QUE SE PRESENTAN EN ESTE FORMATO, DE LO CONTRARIO SE INVALIDA EL FORMATO Y TENDRÁN QUE REQUISITAR OTRO.

CUANDO SE DEN A CONOCER LOS COSTOS DE LAS OPCIONES DE POTENCIACIÓN LOS SERVIDORES PÚBLICOS, AÚN LOS QUE A TRAVÉS DE ESTE FORMATO YA ELIGIERON LA POTENCIACIÓN PODRÁN MODIFICARLA, EN LOS PLAZOS Y TÉRMINOS QUE SE DARÁN A CONOCER.

LA POTENCIACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS EN NÓMINA SURTIRÁ SUS EFECTOS E INICIARÁ SU VALIDÉZ A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2007.

**ELECCIÓN DE INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA (POTENCIACIÓN) Y AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO A TRAVÉS DE NÓMINA**

A través del presente formato elijo de las opciones que me brindan, el siguiente incremento de suma asegurada:

**Autorizo** a la Secretaría de Comunicaciones y Transportes para que el costo que representa la potenciación a partir del 1 de julio, me sea descontado de mi percepción ordinaria, vía nómina.

Me doy por enterado que la suma asegurada por potenciación que se otorgará a mis beneficiarios, es la que se señala en este documento, dejando sin efectos la que se señaló en el Consentimiento para ser Asegurado y Designación de Beneficiarios del Seguro de Vida Institucional.

**SUMA ASEGURADA DE LA POTENCIACION EN MESES**

34	51	68
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.30 %	1.90 %	2.5 %

Marcar con una "X" la opción elegida del porcentaje del sueldo

Nombre del Asegurado:

OSORIO OSORIO FELIPE  
Apellido paterno Apellido materno Nombres

FIRMA:

0017

Lugar y fecha: MEXICO, D.F

a 16 de ABRIL de 2008



**CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO Y DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO INSTITUCIONAL DE VIDA QUE LA SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES OTORGA COMO PRESTACIÓN A LOS SERVIDORES PÚBLICOS**

NUM. DE EXPEDIENTE **00001250**

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES CON HOMOCLOVE

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION **0000**

FAVOR DE LLENAR CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE O A MAQUINA

**CONTRATANTE**

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

**NOMBRE DEL ASEGURADO**

**SUMA ASEGURADA EN MESES**

SUMA BASICA	SUMA POTENCIADA	TOTAL
[REDACTED]		

OSORIO OSORIO FELIPE  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

ALTA EN LA DEPENDENCIA		
16	ABRIL	2008

**BENEFICIARIOS (S)**

**PARENTESCO**

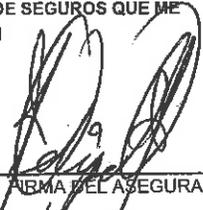
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S) %

[REDACTED]			

**BENEFICIOS ADICIONALES CONTRATADOS  
 APARTADO B: INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O INVALIDEZ  
 DE CONFORMIDAD CON LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LA POLIZA**

EXPRESAMENTE OTORGO A NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD, MI CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO EN LA POLIZA DE SEGURO INSTITUCIONAL DE VIDA, QUE CONTRATE CON LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS QUE ME CORRESPONDAN

SOLO CUANDO EL ASEGURADO NO PUEDA FIRMAR

  
 \_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL ASEGURADO

[REDACTED]

HUELLA DEL PULGAR DERECHO

**0016**

Lugar y fecha en que se firma este consentimiento: México, D.F.

a 16 de ABRIL de 2008

**BENEFICIARIOS:**

En el caso de que se desee nombrar de beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación cobre la indemnización.  
 Lo anterior, porque las legislaciones civiles previenen la forma de que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.  
 Las designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.



CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO Y DESIGNACION DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE SEPARACION INDIVIDUALIZADO

NUM. DE EXPEDIENTE

REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES CON HOMOCIAVE

CLAVE UNICA DE IDENTIFICACION

FAVOR DE LLENAR CON LETRA DE MOLDE

CONTRATANTE

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

NOMBRE DEL ASEGURADO

SUMA ASEGURADA (%) DE LA PERECP. ORDINARIA ELEGIDO POR EL SERVIDOR

OSORIO

OSORIO

FELIPE

ALTA EN LA DEPENDENCIA

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S)

16

04

2008

BENEFICIARIO(S)

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES(S)

%

PARENTESCO

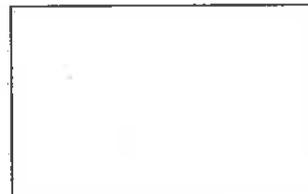
BENEFICIO ADICIONAL APORTACIONES EXTRAORDINARIAS

EXPRESAMENTE OTORGO A NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD, MI CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO EN LA POLIZA DEL SEGURO DE SEPARACION INDIVIDUALIZADO QUE CONTRATE CON LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS QUE ME CORRESPONDA

SOLO CUANDO EL ASEGURADO NO PUEDA FIRMAR

[Handwritten signature of Felipe Osorio]

FIRMA DEL ASEGURADO



HUELLA DEL PULGAR DERECHO

Lugar y fecha en que se firma este consentimiento:

México, D.F a 16 de Abril de 2008

0015

ESTE CONSENTIMIENTO Y DESIGNACION DE BENEFICIARIOS SURTIRA EFECTOS E INICIARA SU VALIDEZ A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2007

\* Beneficiarios

En el caso de que se desee nombrar como beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

SECRETARÍA DE  
COMUNICACIONES Y  
TRANSPORTES



**SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL  
ELECCIÓN DE INCREMENTO DE SUMA  
ASEGURADA (POTENCIACIÓN) Y  
AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO EN  
NÓMINA**

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES CON  
HOMOCIAVE  
[REDACTED]  
CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN  
[REDACTED]

ANTES DE ELEGIR CUALQUIER OPCIÓN LEA CUIDADOSAMENTE TODO EL DOCUMENTO

**CONSIDERACIONES**

ESTA PRESTACIÓN ES LA MISMA QUE SE VIENE OTORGANDO, NO ES UN SEGURO NUEVO, ESTA INFORMACIÓN SE SOLICITA PARA QUE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA QUE GANE LA LICITACIÓN Y BRINDE EL SERVICIO A LOS ASEGURADOS A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2007, PUEDA PAGAR LOS SINIESTROS CON LA SUMA ASEGURADA BÁSICA DE 40 MESES DE PERCEPCIÓN ORDINARIA (A CARGO DE LA DEPENDENCIA) MÁS LA POTENCIACIÓN ELEGIDA POR EL SERVIDOR PÚBLICO.

EL PRESENTE FORMATO ES EL ÚNICO A TRAVÉS DEL CUAL SE ELIGE INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA (POTENCIACIÓN), Y AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO EN NÓMINA, EN CASO DE HABER ELEGIDO ALGUNA POTENCIACIÓN EN EL FORMATO DE CONSENTIMIENTO Y DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS. LA MISMA NO TIENE VALIDÉZ PARA PAGO DE SUMA ASEGURADA EN CASO DE SINIESTRO, NI PARA FINES DE DESCUENTO EN NÓMINA.

SOLO SE DEBERÁ DE FIRMAR UNO DE LOS DOS SUPUESTOS QUE SE PRESENTAN EN ESTE FORMATO, DE LO CONTRARIO SE INVALIDA EL FORMATO Y TENDRÁN QUE REQUISITAR OTRO.

CUANDO SE DEN A CONOCER LOS COSTOS DE LAS OPCIONES DE POTENCIACIÓN LOS SERVIDORES PÚBLICOS, AÚN LOS QUE A TRAVÉS DE ESTE FORMATO YA ELIGIERON LA POTENCIACIÓN PODRÁN MODIFICARLA, EN LOS PLAZOS Y TÉRMINOS QUE SE DARÁN A CONOCER.

LA POTENCIACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE DESCUENTOS EN NÓMINA SURTIRÁ SUS EFECTOS E INICIARÁ SU VALIDÉZ A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2007.

**ELECCIÓN DE INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA (POTENCIACIÓN) Y AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO A TRAVÉS DE NÓMINA**

A través del presente formato elijo de las opciones que me brindan, el siguiente incremento de suma asegurada:

**Autorizo** a la Secretaría de Comunicaciones y Transportes para que el costo que representa la potenciación a partir del 1 de julio, me sea descontado de mi percepción ordinaria, vía nómina.

Me doy por enterado que la suma asegurada por potenciación que se otorgará a mis beneficiarios, es la que se señala en este documento, dejando sin efectos la que se señaló en el Consentimiento para ser Asegurado y Designación de Beneficiarios del Seguro de Vida Institucional.

SUMA ASEGURADA DE LA POTENCIACION EN MESES		
34	51	68
[REDACTED]		
1.30 %	1.90 %	2.5 %

Marcar con una "X" la opción elegida del porcentaje del sueldo

Nombre del Asegurado: OSORIO OSORIO FELIPE  
Apellido paterno      Apellido materno      Nombres

FIRMA:

0014

Lugar y fecha: MEXICO, D.F. a 16 de ABRIL de 2008



**CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO Y DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO INSTITUCIONAL DE VIDA QUE LA SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES OTORGA COMO PRESTACIÓN A LOS SERVIDORES PÚBLICOS**

NUM. DE EXPEDIENTE **00001293**

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES CON HOMOCLOVE

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN

FAVOR DE LLENAR CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE O A MAQUINA

**CONTRATANTE**

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

**NOMBRE DEL ASEGURADO**

**SUMA ASEGURADA EN MESES**

SUMA BASICA	SUMA POTENCIADA	TOTAL

ALTA EN LA DEPENDENCIA		
16	ABRIL	2008

OSORIO OSORIO FELIPE  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

**BENEFICIARIOS (S)**

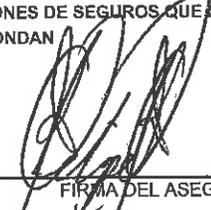
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	%

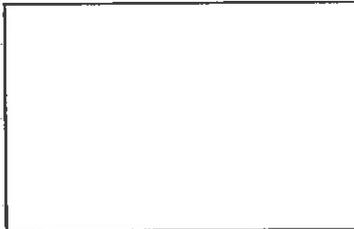
**PARENTESCO**

**BENEFICIOS ADICIONALES CONTRATADOS  
 APARTADO B: INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O INVALIDEZ  
 DE CONFORMIDAD CON LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LA POLIZA**

EXPRESAMENTE OTORGO A NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD, MI CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO EN LA POLIZA DE SEGURO INSTITUCIONAL DE VIDA, QUE CONTRATE CON LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS QUE ME CORRESPONDAN

SOLO CUANDO EL ASEGURADO NO PUEDA FIRMAR

  
 \_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL ASEGURADO



HUELLA DEL PULGAR DERECHO

**0013**

Lugar y fecha en que se firma este consentimiento: México, D.F.

a 16 de ABRIL de 2008

**BENEFICIARIOS:**

En el caso de que se desee nombrar de beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación cobre la indemnización.

Lo anterior, porque las legislaciones civiles previenen la forma de que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

Las designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.



Ver instructivo de llenado al reverso

<b>POLIZA NUMERO</b>	<b>NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATANTE</b>
----------------------	----------------------------------------------

**DATOS DEL ASEGURADO TITULAR**

Apellido Paterno <b>OSORIO</b>		Apellido Materno <b>OSORIO</b>		Nombre(s) <b>FELIPE</b>	
Sexo	Estado Civil	Fecha de nacimiento	Domicilio del Asegurado Titular (Calle, Número)		
Entidad Federativa		Código Postal	Clave Presupuestal	No. de Empleado	Nivel del Puesto
					Fecha ingreso al Nivel
					Año 2008 Mes 04 Día 16
Dependencia u Organismo de adscripción <b>SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES</b>				<input type="checkbox"/> RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD Se anexa último recibo de pago de prima y última carátula de la póliza.	

**CONSENTIMIENTO**

Doy mi consentimiento para formar parte del Seguro Colectivo de Gastos Médicos Mayores solicitado a Aseguradora Hidalgo, S.A. por la colectividad a la que pertenezco como personal activo.

**LLENESE EN CASO DE QUE DESEE INCREMENTAR SU SUMA ASEGURADA**

Suma asegurada solicitada en número de veces de S.M.G.M. (Total de suma asegurada considerando la básica más el incremento).

**LLENESE EN CASO DE QUE DESEE ASEGURAR A SUS DEPENDIENTES ECONOMICOS**

Nombre Completo			Fecha de nacimiento	Sexo	Parentesco con el Asegurado Titular
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Día Mes Año		

**CONDUCTO DE PAGO DE PRIMA**

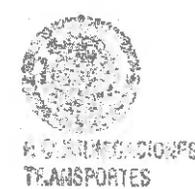
Directo   
  Depósito en cuenta bancaria de AHISA   
  Tarjeta de crédito No. \_\_\_\_\_   
  Descuento por nómina (Quincenal)

Banamex ( )    Bancomer ( )    Carnet ( )

**AUTORIZACION**

En caso de contratar suma asegurada adicional y/o asegurar a mi(s) dependiente(s) económico(s), y elegir conducto de pago:

- **Con cargo a tarjeta de crédito.**- autorizo al Banco emisor de la tarjeta de crédito, se sirva pagar por mi cuenta a Aseguradora Hidalgo, S.A. los cargos que solicito por concepto del seguro. Cualquier inconformidad presentada de mi parte, como tarjetahabiente, referente al importe de los cargos efectuados en mi tarjeta, sobre el pago de primas de este seguro, deberá ser aclarada y solucionada directamente por Aseguradora Hidalgo, S.A. De igual manera estoy enterado y conforme en que el Banco deje de prestarme el servicio cuando no haya saldo disponible en mi cuenta, o por cualquier otro supuesto establecido en el Contrato de Apertura de Crédito. Aseguradora Hidalgo, S.A. será responsable de cumplir con la calidad y entrega de los productos o servicios ofrecidos, liberando al Banco de cualquier reclamación que se genere de mi parte, como tarjetahabiente.
- **Por descuento en nómina.**- autorizo sea descontada de mis percepciones quincenales, la prima correspondiente a los conceptos anteriores y que dicho importe sea entregado a Aseguradora Hidalgo, S.A.



**Sello Dependencia**

0011



**Sello AHISA**

En MEXICO, D.F., a 16 de ABRIL de 2008.

Firma o huella del Asegurado Titular

# INSTRUCTIVO DE LLENADO

## Favor de leer cuidadosamente las siguientes instrucciones:

- Este consentimiento debe ser llenado en máquina de escribir o con letra de molde con tinta negra o azul.
- El formato no debe presentar tachaduras o enmendaduras.

**Póliza Número:** Anotar el número de la póliza.

**Nombre o Razón Social del Contratante:** Anotar el nombre completo de la Dependencia, Organismo, Institución o Empresa que contrato el seguro.

### DATOS DEL ASEGURADO TITULAR:

**R.F.C.:** Anotar el número de Registro Federal de Contribuyentes, incluyendo homoclave tal como aparece en el talón de pago.

**Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre(s):** Anotar el nombre completo de acuerdo con el acta de nacimiento, en el orden solicitado.

**Sexo:** Marcar con una cruz el cuadro correspondiente M = Masculino, F = Femenino.

**Estado Civil:** Marcar con una cruz: S = Soltero C = Casado.

**Fecha de Nacimiento:** Anotar la fecha de acuerdo con el Acta de nacimiento en el formato: AA (año), MM (mes), DD (día). Ejemplo: 97 01 01

**Domicilio del Asegurado:** Anotar los datos actuales en el siguiente orden: Calle, Número.

**Colonia:** Anotar el nombre de la Colonia.

**Teléfono Particular:** Anotar el (los) número(s) telefónico(s) donde pueda ser localizado el Asegurado.

**Población (Ciudad) y Delegación o Municipio:** Anotar el nombre de la Ciudad, nombre de la Delegación en caso de radicar en el D.F. y nombre del Municipio en caso de radicar en algún Estado de la República.

**Entidad Federativa:** Anotar el Estado de la República.

**Código Postal:** Anotar el número correspondiente a su domicilio.

**Clave Presupuestal:** Anotar la clave vigente que aparece en el talón de pago.

**Número de Empleado:** En su caso, anotar el número asignado por la Dependencia u organismo de su adscripción.

**Nivel de Puesto:** Anotar el que corresponde a su puesto, este dato lo puede solicitar en el área de Recursos Humanos de su Dependencia.

**Fecha de Ingreso al nivel:** Anotar la fecha en que se dió de alta en el nivel actual, en el formato: AA (año), MM (mes), DD (día). Ejemplo: 97 01 01

**Dependencia u organismo de adscripción:** Anotar el nombre completo de la Institución en donde labora.

**IMPORTANTE:** Los campos para Reconocimiento de Antigüedad, Incremento de Suma Asegurada y Aseguramiento de Dependientes Económicos sólo se llenarán en el caso de que la póliza contratada ampare estas coberturas (información que le será proporcionada por el área de Recursos Humanos de su Dependencia).

**Reconocimiento de Antigüedad:** Marcar con una cruz cuando: usted y/o sus dependientes económicos, hayan estado asegurados con pólizas de Gastos Médicos Mayores con otras Instituciones de Seguros, ininterrumpidamente, y que su término de vigencia o, cancelación de la póliza sea menor a 30 días de ocupar el nivel con derecho a este seguro o haber ingresado a la Dependencia u Organismo.

### LLÉNESE EN CASO DE QUE DESÉE INCREMENTAR SU SUMA ASEGURADA:

Marcar con una cruz, sólo el cuadro que represente el TOTAL de la suma asegurada por la cual usted desea quedar asegurado.

Ejemplo: Suma asegurada básica (de acuerdo al nivel) 148 S.M.G.M., más el incremento deseado (potencialización) 37 S.M.G.M. = suma asegurada total 185 S.M.G.M. en este caso, se deberá marcar el cuadro con la suma asegurada de 185 S.M.G.M.

Para marcar los recuadros señalados con asterisco, deberá solicitar información en el área de Recursos Humanos de su adscripción.

### LLÉNESE EN CASO DE QUE DESÉE ASEGURAR A SUS DEPENDIENTES ECONÓMICOS:

Podrá incluir únicamente a su cónyuge, hijo(s), hija(s) menores de 25 años, padre y madre en edades de excepción, de acuerdo a la póliza.

**Nombre Completo:** Anotar el nombre completo de los dependientes económicos de acuerdo con el acta de nacimiento, en el orden solicitado (Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombres).

**Fecha de nacimiento:** Anotar la fecha de acuerdo con el Acta de nacimiento en el formato: AA (año), DD (día), MM (mes). Ejemplo: 97 01 01

**Sexo:** Marcar con una cruz el cuadro correspondiente M = Masculino, F = Femenino.

**Parentesco con el Asegurado Titular:** Indicar si se trata de: cónyuge, hijo, hija, padre o madre.

**NOTA:** Al optar el Asegurado Titular por el incremento de suma asegurada, este se hace extensivo a los dependientes económicos.

### CONDUCTO DE PAGO DE PRIMA:

En caso de contratar suma asegurada adicional y/o asegurar a sus dependientes económicos, deberá marcar con una cruz el cuadro de la opción deseada:

**Pago directo,** el pago deberá ser anual, anticipado y en una sola exhibición, ya sea en las oficinas de Aseguradora Hidalgo, S.A.

**Depósito en cuenta bancaria de AHISA,** el pago deberá ser anual, anticipado y en una sola exhibición, para lo cual, deberá requisitar la fecha de depósito correspondiente.

**Pago de prima a través de tarjeta de crédito.** Favor de anotar el número de tarjeta de crédito en la que desea se efectúe el cargo automático del monto de la prima y marcar con una cruz si es emitida por Banamex, Bancomer o Camel. En caso de que no se pueda aplicar el pago a su tarjeta de crédito, deberá efectuar su pago en forma directa o depósito en cuenta de Aseguradora Hidalgo, en un lapso no mayor a 10 días contados a partir de la notificación.

**Descuento por nómina.** - Los pagos se descontarán de las percepciones quincenales y estos serán entregados por la Dependencia a Aseguradora Hidalgo, S.A.

**Sello Dependencia:** Deberá contener la fecha en que es recibido en el área de Recursos Humanos.

**Sello de Aseguradora Hidalgo, S.A.:** Deberá contener la fecha en que es recibido en la Institución.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ : Indicar el Estado de la República en que se reside, el día mes y año en que se requisita el formato siguiendo este orden. Ejemplo: México, D.F. a 01 de Enero de 1997.

Firma o huella digital del Asegurado Titular:

En caso de que el Asegurado no sepa o no pueda firmar, pondrá la huella del pulgar derecho, o en su defecto, del pulgar izquierdo, ante otra persona, quien firmará a su nombre y a su ruego el presente Consentimiento de Asegurabilidad, del Seguro de Gastos Médicos Mayores, en presencia de dos testigos, quienes también firmarán este documento, señalando su nombre, domicilio e identificación.

Nombre y firma del Testigo

Domicilio del Testigo

Nombre y firma del Testigo

Domicilio del Testigo

**EL TRAMITE DE RECLAMACIONES Y OTRAS GESTIONES RELACIONADAS CON ESTE SEGURO SON GRATUITOS.**

RECIBI ORIGINAL  
RECIFE SEP 10 OSCAR FLORES



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE MEXICO  
REGISTRO CIVIL

00001030

CONTROL N° 11811

*[Handwritten signature]*

EN NOMBRE DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE MEXICO Y COMO OFICIAL  
DEL REGISTRO CIVIL DE ESTA MUNICIPALIDAD O DELEGACION CERTIFICO  
SER CIERTO QUE EN EL LIBRO No. [REDACTED]  
DEL REGISTRO CIVIL QUE ES A MI CARGO, EN LA FOJA [REDACTED] SE ENCUENTRA ASEN-  
TADA EL ACTA No. [REDACTED] LEVANTADA POR EL C. OFICIAL [REDACTED] DEL REGISTRO CIVIL  
CIRIO ORTEGA DIAZ  
EN LA CUAL SE CONTIENEN LOS SIGUIENTES DATOS:

ACTA DE NACIMIENTO

NOMBRE: FELIPE OSORIO OSORIO

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]

PRESENTADO: [REDACTED]

SEXO: MASCULINO

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]

COMPARECIO: [REDACTED]



PERSONA DISTINTA DE LOS PADRES QUE PRESENTA AL REGISTRADO

NOMBRE: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED]

SE EXTIENDE ESTA CERTIFICACION EN CUMPLIMIENTO DEL ARTICULO 35 DEL  
CODIGO CIVIL VIGENTE EN EL ESTADO EN LA CIUDAD DE BERRIA  
A LOS 11 DIAS DEL MES DE JUNIO DE 1982

OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL DOY FE

NOMBRE: LIC. PEDRO MONTICAYA ARCE



*[Handwritten signature]*

**\*CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO  
COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS**

635



NO. DE POLIZA:

NO. DE CERTIFICADO:

NO. DE FOLIO:

FECHA DE VIGENCIA			FORMA DE PAGO		PRIMA NETA:	
OSORIO OSORIO FELIPE SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES					\$	0.00
					%	0.00
					\$	0.00
					\$	0.00
					\$	0.00
					\$	0.00
					\$	0.00
					\$	0.00
					\$	0.00
					\$	0.00

RELACION DE ASEGURADOS									
Número de Certificado	Nombre Completo	Fecha de Alta D M A	Estatus	Sexo	E	F. Nacimiento D M A	F. Antigüedad D M A	Parentesco	Prima Tarifa
[Redacted]									
[Redacted]									
[Redacted]									
[Redacted]									
[Redacted]									

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA	DEDUCIBLE	COASEGURO	NIVEL DE TABLA DE ID.
BASICA	SMGM	SMGM	\$	SM
COBERTURA EN EL EXTRANJERO	SMGM	SMGM	\$	SM
PREEXISTENCIA	SMGM	SMGM	\$	SM
DEPORTES PELIGROSOS	SMGM	SMGM	\$	SM
PADECIMIENTOS CONGENITOS	SMGM	SMGM	\$	SM
RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD	SMGM	SMGM	\$	SM
AMBULANCIA AEREA	SMGM	SMGM	\$	SM
PARTO NORMAL Y ABORTO INVOLUN.	SMGM	SMGM	\$	SM
APLICACIONES DEL EMBARAZO	SMGM	SMGM	\$	SM

**IMPORTANTE**

"Será Responsabilidad del servidor público el verificar que la dependencia o entidad le aplique los descuentos por concepto de la inclusión de sus ascendientes y su potenciación, en caso de que la dependencia o entidad no le este realizando deberá notificarlo inmediatamente por escrito a su área de recursos humanos."

México, D. F., a 26 de ENERO de 2009

0009  
*[Signature]*  
METLIFE MÉXICO, S.A.

00001298

MetLife®

6385



INFORMACION DEL SERVIDOR PUBLICO

Cuidamos lo que amas de la vida.

8V-2-001

www.metlife.com.mx  
01-800-00 METLIFE (638-5433)

VER.1

0008

COPIA DEL SOBRE DEL ESTADO DE CUENTA DEL SEGURO DE SEPARACION INDIVIDUALIZADO CORRESPONDIENTE AL SEGUNDO SEMESTRE DE 2008



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE MEXICO  
REGISTRO CIVIL

00001099

CONTRATO



~~CONFIDENTIAL~~

EN NOMBRE DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE MEXICO Y COMO OFICIAL  
DEL REGISTRO CIVIL DE ESTA MUNICIPIALIDAD O DELEGACION CERTIFICO  
SE OJETO QUE EN EL LIBRO N.º [REDACTED]  
DEL REGISTRO CIVIL DE MUJERES ALM. GUERO, EN LA FOJA [REDACTED] SE ENCUENTRA ASEN-  
TADA EL ACTA N.º [REDACTED] LEVANTADA POR EL OFICIAL [REDACTED] DEL REGISTRO CIVIL  
**CIRO CRISTO DIAZ**  
EN LA CUAL SE CONTIENE EN LOS SIGUIENTES DATOS:

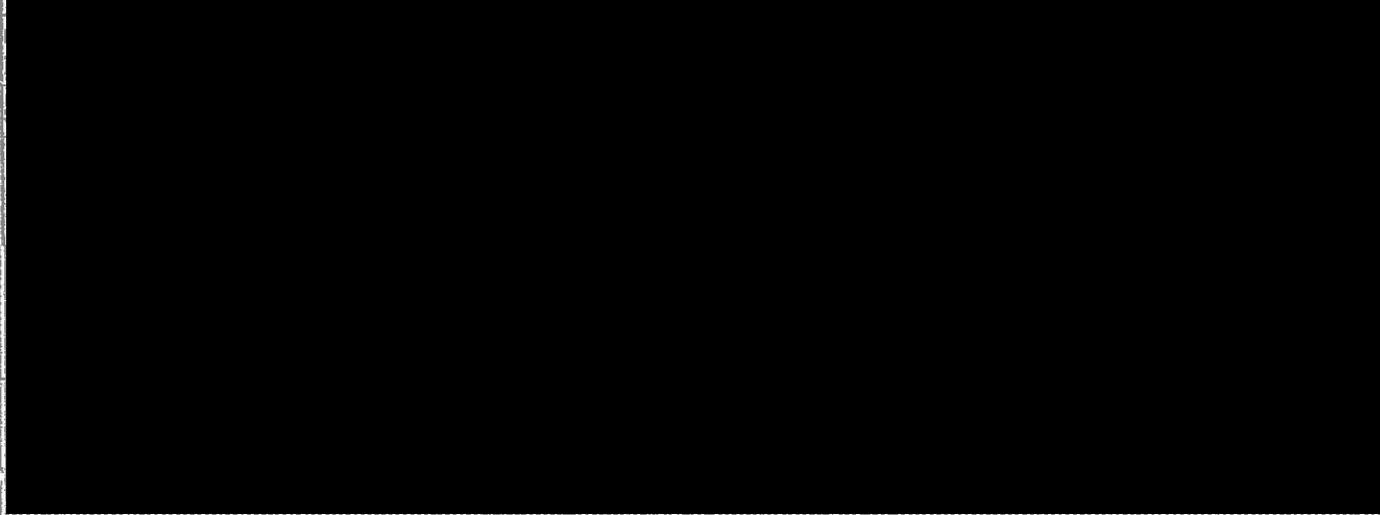
ACTA DE NACIMIENTO

NOBRE: **ELIEN OSORIO OSORIO**

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]

PRESENTADO: [REDACTED]

EDAD DE NACIMIENTO: [REDACTED]



N.º DE CERTIFICADO DE NACIMIENTO: [REDACTED]

PERSE LA FIRMATA DE LOS PADRES QUE PRESENTA AL REGISTRADO.

NOBRE: [REDACTED]

SE EXTIENDE ESTA CERTIFICACION EN CUMPLIMIENTO DEL ARTICULO [REDACTED]

COODIGO CIVIL VIGENTE EN EL ESTADO EN LA CIUDAD DE [REDACTED]

A LOS [REDACTED] DIAS DEL MES DE [REDACTED] DE [REDACTED]

O. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL, POR FE [REDACTED]

NOBRE: **DR. PEDRO MONTANA**



SEGURIDAD



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE MEXICO  
REGISTRO CIVIL

PANSA SEGURIDAD

CONTEO

00001500

EN NOMBRE DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE MEXICO Y COMO OFICIAL  
DEL REGISTRO CIVIL DE ESTA MUNICIPALIDAD O DELEGACION CERTIFICO:  
SERVICIO QUE EN EL EPORAMA [REDACTED]  
DEL REGISTRO CIVIL QUE ES A MI CARGO EN LA POJA [REDACTED] SE ENCUENTRA ASEN-  
TADA EL ACTA N. [REDACTED] LEVANTADA POR EL OFICIAL [REDACTED] DEL REGISTRO CIVIL  
CIRIO ORTEGA DIAZ  
EN LA CUAL SE CONTIENEN LOS SIGUIENTES DATOS:

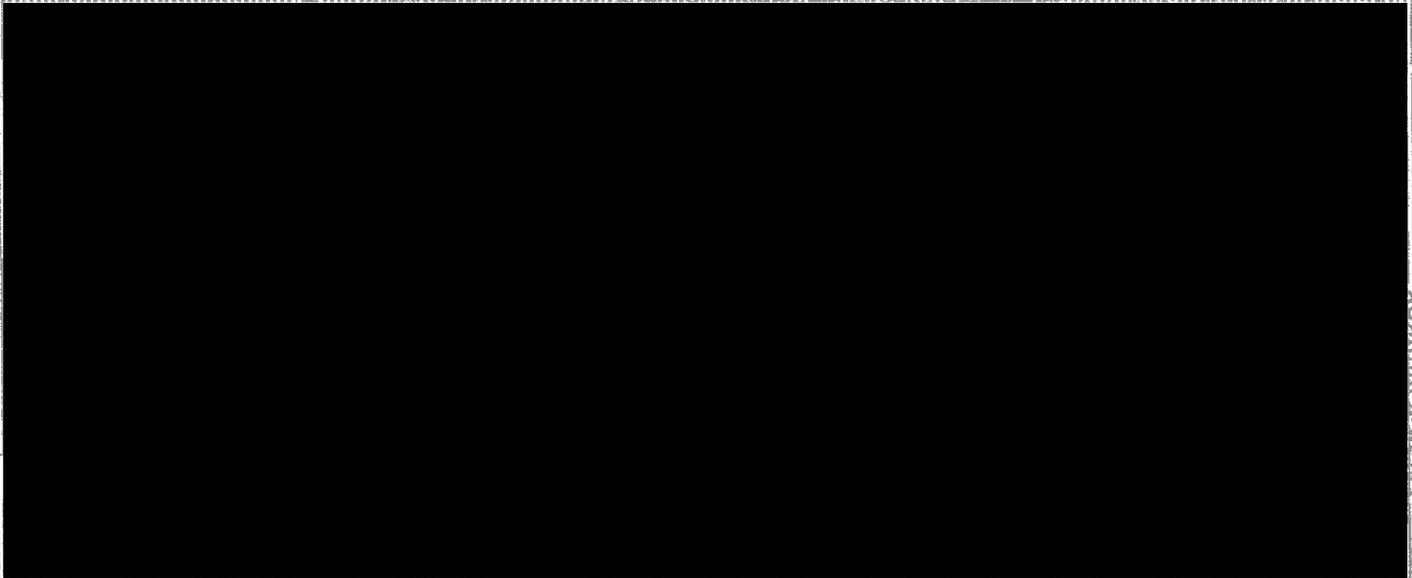
ACTA DE NACIMIENTO

NOMBRE: REYTER OSORIO OSORIO

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]

PRESENTADO: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: SAN PABLO DE LAS VIEJAS



PERSONA DISTINTA DE LOS PADRES QUE PRESENTA AL REGISTRADO

NOMBRE: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED] ESTADO: [REDACTED]

SE EXTIENDE ESTA CERTIFICACION EN CLAVE Y TENOR DEL ARTICULO [REDACTED]

CODIGO CIVIL VIGENTE EN EL ESTADO EN LA CIUDAD DE MEXICO

A LOS [REDACTED] DIAS DEL MES DE [REDACTED] DE 1962

EL OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL DIO Y P[REDACTED]

NOMBRE: DR. PEDRO MONTAÑA AGUIRRE



PANSA SEGURIDAD

PANSA SEGURIDAD

SEGURIDAD

00001391

FOLIO No. [REDACTED]



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE MEXICO  
REGISTRO CIVIL

ACTA DE NACIMIENTO

50%

MUNICIPIO O DELEGACION [REDACTED]

FECHA DE REGISTRO:		
DIA	MES	AÑO
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

R  
E  
G  
I  
S  
T  
R  
A  
D  
O

SEXO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

PRIMER APELLIDO: [REDACTED] (SEGUNDO APELLIDO): [REDACTED]

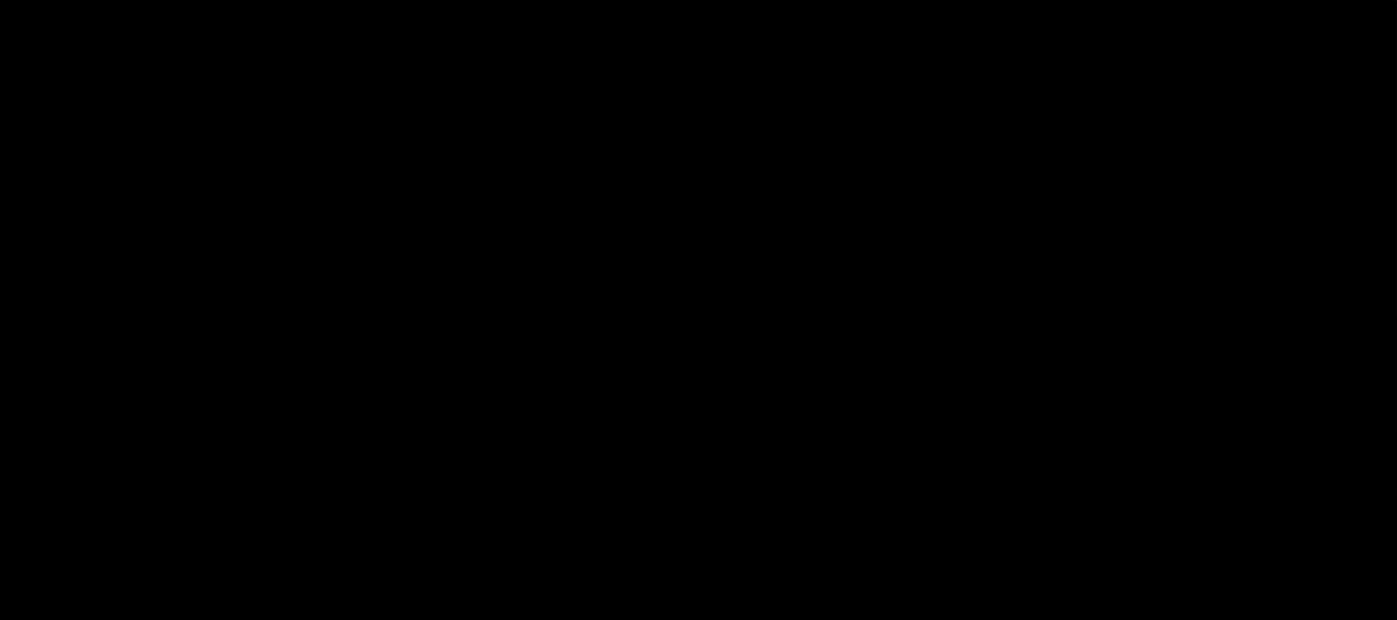
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] HORA: 03:59

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]

FUE REGISTRADO: [REDACTED]

COMPARECIO:  EL PADRE  LA MADRE  AMBOS  PERSONA DISTINTA

P  
A  
D  
R  
E  
S  
  
A  
B  
U  
E  
L  
O  
S  
  
T  
E  
S  
T  
I  
G  
O  
S



NOMBRE: [REDACTED] PARENTESCO: [REDACTED] EDAD: [REDACTED] AÑOS: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]

FIRMA DE LOS PADRES O DE LA PERSONA DISTINTA QUE PRESENTA AL REGISTRADO

[Signature] [Signature]

0005

00001302

FOLIO No.



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE MEXICO  
REGISTRO CIVIL

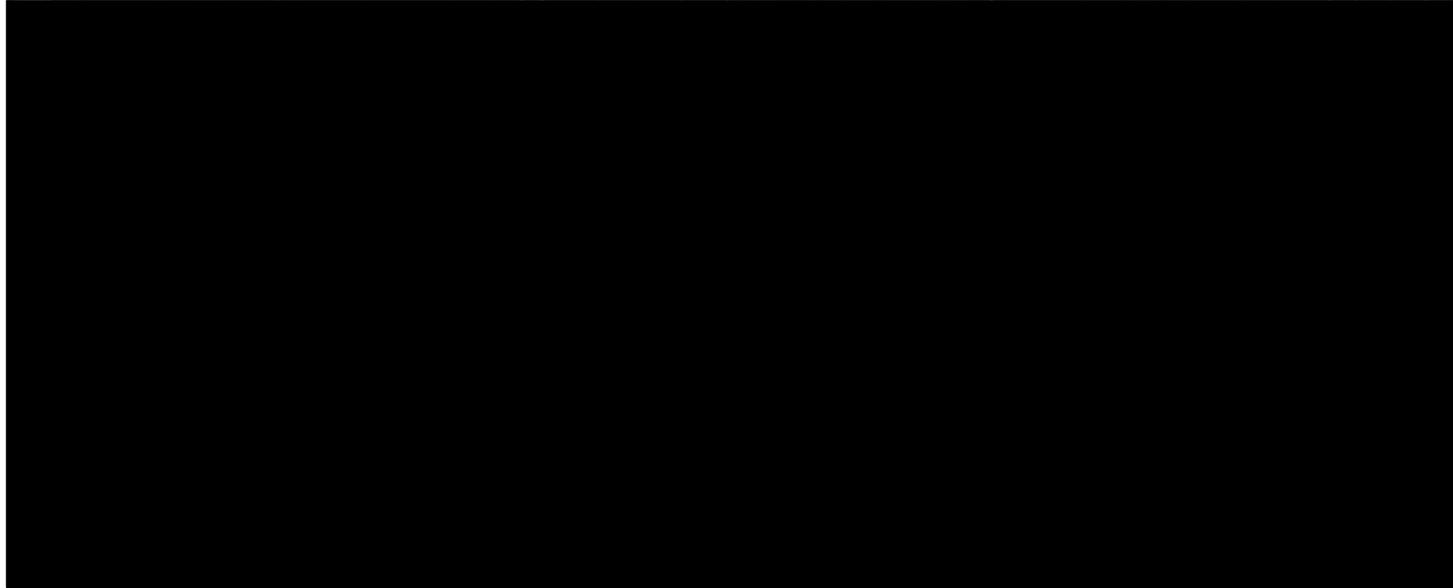
ACTA DE NACIMIENTO

00231  
5031

CLAVE DE REG E IDENTIDAD PERSONAL

Nombre: [REDACTED] Fecha de nacimiento: 23 04 2008

REGISTRADO: [REDACTED]  
NOMBRE: [REDACTED]  
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]  
FUE REGISTRADO: [REDACTED]  
COMPARECIO: EL PADRE [ ] LA MADRE [ ] AMBOS [ ] PERSONA DISTINTA [ ]



PERSONA DISTINTA DE LOS PADRES QUE PRESENTA AL REGISTRADO

NOMBRE: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS  
DOMICILIO: \_\_\_\_\_

FIRMA DE LOS PADRES O DE LA PERSONA DISTINTA QUE PRESENTA AL REGISTRADO

[Handwritten signatures]

0004



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE MEXICO  
REGISTRO CIVIL

00001303

CONTROL N° 11811

EN NOMBRE DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE MEXICO Y COMO OFICIAL  
DEL REGISTRO CIVIL DE ESTA MUNICIPALIDAD O DELEGACION CERTIFICO  
SER CIERTO QUE EN EL LIBRO NO. [REDACTED]  
DEL REGISTRO CIVIL HABES A MI CARGO EN LA FOJA [REDACTED] SE ENCUENTRA ASEN-  
TADA EL ACTA NO. [REDACTED] LEVANTADA POR EL C. OFICIAL [REDACTED] DEL REGISTRO CIVIL  
**CIRO CRUZ DIAZ**  
EN LA CUAL SE CONTIENEN LOS SIGUIENTES DATOS:

ACTA DE NACIMIENTO

NOMBRE **FELIPE OSORIO OSORIO**

FECHA DE NACIMIENTO [REDACTED]

PRESENTADO [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO [REDACTED]

REGISTRADO

PERSONA DISTINTA DE LOS PADRES QUE PRESENTA AL REGISTRADO

NOMBRE [REDACTED] PA BENTESCO [REDACTED] EDAD [REDACTED]

SE EXTIENDE ESTA CERTIFICACION EN CUMPLIMIENTO DEL ARTICULO [REDACTED] DEL [REDACTED]  
CODIGO CIVIL VIGENTE EN EL ESTADO EN LA CIUDAD DE TERMA  
A LOS 11 DIAS DEL MES DE FEBRERO DE 1962

EL C. OFICIAL [REDACTED] DEL REGISTRO CIVIL DOMI...

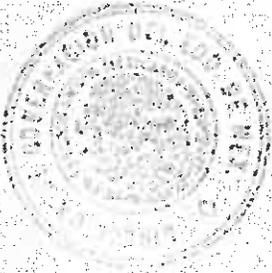
NOMBRE **LIC. PEDRO MONTUÑA ARCE**



FIRMA

# Para Copias Certificadas de Actas del Registro Civil

~~00001~~



Como Oficial del Registro Civil del Estado Libre y Soberano de México en este lugar, hago saber a los que la presente vieren y certifico que en el libro núm. [redacted] correspondiente al año de [redacted] a fojas [redacted] se encuentra una acta del tenor siguiente:

## ACTA DE NACIMIENTO Y RECONOCIMIENTO

Act. No. [redacted]

Notas Marginales.

En	[redacted]	Edo. de México, a
las	[redacted] horas del día	de [redacted]
de 19	[redacted] ante mi C. [redacted]	
Oficial del Registro Civil del Municipio de [redacted]		
Distrito de [redacted]		
comparece(n) [redacted]		
domicilio en [redacted]		
para	[redacted]	Edo. [redacted]
a quien se puso por nombre	[redacted]	(niño) (niña)
nacido(a) en	[redacted]	(apellidos)
a las	[redacted] Horas del día	alumbramiento N° [redacted]
	de 19 [redacted]	

GENERALES  
DE LOS PADRES

[redacted]

EN NOMBRE DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE MEXICO Y COMO OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL DE ESTA MUNICIPALIDAD O DELEGACION CERTIFICO SER CIERTO QUE EN EL LIBRO N. [REDACTED] DEL REGISTRO CIVIL QUE ES A MI CARGO, EN LA FOJA 59 SE ENCUENTRA ASENTADA EL ACTA No. 359 LEVANTADA POR EL C. OFICIAL 01 DEL REGISTRO CIVIL CINO ORTEGA DIAZ EN LA CUAL SE CONTIENEN LOS SIGUIENTES DATOS:

ACTA DE NACIMIENTO

NOMBRE FELIPE OSORIO OSORIO

FECHA DE NACIMIENTO [REDACTED]

PRESENTADO: VIV [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO [REDACTED]

COMPARECIO: EL PAD [REDACTED]

PADRES

ABUELOS

TESTIGOS

PERSONA DISTINTA DE LOS PADRES QUE PRESENTA AL REGISTRADO

NOMBRE [REDACTED]

SE EXTIENDE ESTA CERTIFICACION, EN CUMPLIMIENTO DEL ARTICULO 35 DEL CODIGO CIVIL VIGENTE EN EL ESTADO, EN LA CIUDAD DE LERMA A LOS [REDACTED]

SELLO DE LA OFICIALIA DEL REGISTRO CIVIL

EL C. OFICIAL 01 DEL REGISTRO CIVIL DOY FE.

El documento contiene datos confidenciales que han sido eliminados, por tratarse de:

Datos personales que hacen identificable al servidor público y datos personales de familiares por consanguinidad y afinidad. Artículos 3, fracción II, 18, fracción II, y 21 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y el Trigésimo Segundo de los Lineamientos Generales para la clasificación y desclasificación de la información de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.

Datos patrimoniales, datos personales de los socios y representantes considerados confidenciales de una sociedad mercantil. Artículos 3, fracción II, 18, fracción II, y 21 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y el Trigésimo Segundo de los Lineamientos Generales para la clasificación y desclasificación de la información de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.

Datos patrimoniales, de los servidores públicos. Artículos 3, fracción II, 18, fracción II, y 21 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y el Trigésimo Segundo de los Lineamientos Generales para la clasificación y desclasificación de la información de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.

Datos patrimoniales de personas ajenas a la investigación. Artículos 3, fracción II, 18, fracción II, y 21 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y el Trigésimo Segundo de los Lineamientos Generales para la clasificación y desclasificación de la información de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal