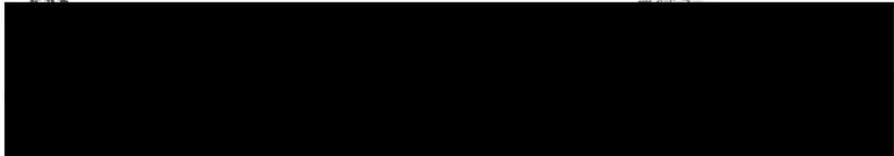


# MetLife®

MARTINEZ NAVA JESUS MARIA



INFORMACION DEL SERVIDOR PUBLICO



Cuidamos lo que amas de la vida.

BY-2-001

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

VER. 1

0228

00003326

# MetLife®

MARTINEZ NAVA JESUS MARIA



6094



Cuidamos lo que amas de la vida.

BV-2-001

[www.metlife.com.mx](http://www.metlife.com.mx)  
01-800-00 METLIFE (638-5433)

VER.1

*Recibo sobre clausura*  
*12/17/17*  
*[Signature]*

0227

00003327



SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA

NO. DE COMPROBACIÓN:

201305221201341000000108787701

NO. DE CERTIFICADO: 00001000000101875886

MÉXICO, D.F. A 22 DE MAYO DE 2013

C. JESUS MARIA MARTINEZ NAVA  
SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES  
PRESENTE.

DECLARACIÓN DE MODIFICACIÓN PATRIMONIAL 2013

CON ESTA FECHA SE RECIBIÓ SU DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL, PRESENTADA, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL TÍTULO TERCERO, CAPÍTULO ÚNICO, DE LA LEY FEDERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS, DE LA QUE SE ACUSA RECIBO.

LA DECLARACIÓN HA SIDO PRESENTADA EN SOBRE QUE CONTIENE EL ARCHIVO 1487325.FIR CON CARACTERES DE AUTENTICIDAD ac 89 b8 33 3b 8d 94 18 f2 d8 1e 9c 83 fe 51 d9 b5 99 6a 59, EL CUAL INCORPORA FIRMA ELECTRÓNICA, EN SUSTITUCIÓN DE LA AUTÓGRAFA Y CON EL MISMO VALOR PROBATORIO.

CARACTERES DE AUTENTICIDAD DEL ACUSE:3e da aa a6 ba 30 77 57 0c c4 b7 86 70 d7 66 c2 e5 7c de ee

NUM. 6911681

0226

00003328

SCT

SECR. ARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

CENTRO S.C.T. MÉXICO  
SUBDIRECCION DE ADMINISTRACION  
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS  
"HOJA UNICA DE SERVICIOS"

HOJA ÚNICA DE SERVICIOS PARA ISSSTE.

HOJA No 1 DE 3

1.- DATOS COMPLETOS DEL TRABAJADOR

Nombre Completo  
 MARTÍNEZ NAVA JESÚS MARÍA [REDACTED]

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s) R.F.C. HOMONIMIA CURP

Domicilio Completo  
 [REDACTED]

Calle, Av. Calz. Etc. Núm. Ext. E Int. Colonia, Barrio ó Secc. C.P. Ciudad Estado

2.- PERIODO DE APORTACIONES AL FONDO DEL I.S.S.S.T.E.

Fecha de Ingreso Fecha de baja  
 02/01/1984 DOS DE ENERO DE MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y CUATRO CONTINUA LABORANDO

Con número Con Letra (día, mes y año) Con Número Con Letra (día, mes y año)

3.- MOTIVO Y PERIODO EN QUE OCURRIÓ LA BAJA ( ), REINGRESO ( ), LICENCIA ( ), y/o SUSPENSIÓN ( )

| MOTIVO | PERIODO     |             | PUESTO<br>(NOMBRE, CÓDIGO Y NIVEL) | PAGADURIA | SUELDO<br>COTIZABLE | QUINQUENIOS<br>(PRIMA DE<br>ANTIGÜEDAD) | OTRAS PERCEPCIONES<br>SUJETAS A APORTACIONES<br>DEL ISSSTE | TOTAL (PESOS) |
|--------|-------------|-------------|------------------------------------|-----------|---------------------|---|--|---------------|
|        | DEL         | AL          |                                    |           |                     |   |  |               |
|        | día mes año | día mes año |                                    |           |                     |   |  |               |
|        |             |             |                                    |           |                     |   |  |               |
|        |             |             |                                    |           |                     |   |  |               |

4.- OBSERVACIONES

[Empty box for observations]

REVISO  
 JEFA DEL DEPTO. DE RECURSOS HUMANOS  
 C. ROSA MARIA BERTHA BERRIEL MARTÍNEZ

AUTORIZO  
 SUBDIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN  
 C.P. JESÚS ARMANDO TOSTADO MARTÍNEZ

0225

00003329

5.- PERCEPCIONES QUE APORTARON AL FONDO DEL I.S.S.S.T.E.

| PERIODO |     |     |     |     |     | PUESTO (NOMBRE, CÓDIGO Y NIVEL)   | PAGADURIA | SUELDO COTIZABLE | QUINQUENIOS | OTRAS PERCEPCIONES SUJETAS A ACOTIZACIÓN AL ISSSTE | TOTAL (PESOS) |
|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----------------------------------|-----------|------------------|-------------|--|---------------|
| DEL     |     |     | AL  |     |     |                                   |           |                  |             |  |               |
| día     | mes | año | día | mes | año |                                   |           |                  |             |  |               |
| 02      | 01  | 84  | 31  | 10  | 84  | PERF. "L" DE CIM. Y SONDEO        | 63500     | \$               |             |  | \$            |
| 01      | 11  | 84  | 31  | 12  | 84  |                                   | 63500     | \$               |             |  | \$            |
| 01      | 01  | 85  | 31  | 05  | 85  | RESIDENTE DE OBRAS CF33080/17     | 63500     | \$               |             |  | \$            |
| 01      | 06  | 85  | 31  | 08  | 85  |                                   | 63500     | \$               |             |  | \$            |
| 01      | 09  | 85  | 31  | 12  | 85  |                                   | 63500     | \$               |             |  | \$            |
| 01      | 01  | 86  | 31  | 05  | 86  |                                   | 63500     | \$               |             |  | \$            |
| 01      | 06  | 86  | 30  | 06  | 86  |                                   | 63500     | \$               |             |  | \$            |
| 01      | 07  | 86  | 31  | 08  | 86  |                                   | 63500     | \$               |             |  | \$            |
| 01      | 09  | 86  | 15  | 10  | 86  |                                   | 63500     | \$               |             |  | \$            |
| 16      | 10  | 86  | 31  | 12  | 86  |                                   | 63500     | \$               |             |  | \$            |
| 01      | 01  | 87  | 31  | 03  | 87  |                                   | 63500     | \$               |             |  | \$            |
| 01      | 04  | 87  | 30  | 06  | 87  |                                   | 63500     | \$               |             |  | \$            |
| 01      | 07  | 87  | 30  | 09  | 87  | RESID. DE OBRA FORANEA CF33216/22 | 63500     | \$               |             |  | \$            |
| 01      | 10  | 87  | 31  | 12  | 87  |                                   | 63500     | \$               |             |  | \$            |
| 01      | 01  | 88  | 28  | 02  | 88  |                                   | 63500     | \$               |             |  | \$            |
| 01      | 03  | 88  | 31  | 12  | 88  |                                   | 63500     | \$               |             |  | \$            |
| 01      | 01  | 89  | 31  | 08  | 89  | RESID. DE OBRA FORANEA CF33216/24 | 63500     | \$               |             |  | \$            |
| 01      | 09  | 89  | 30  | 11  | 89  |                                   | 63500     | \$               |             |  | \$            |
| 01      | 12  | 89  | 31  | 12  | 89  |                                   | 63500     | \$               | \$          |  | \$            |
| 01      | 01  | 90  | 31  | 07  | 90  |                                   | 63500     | \$               | \$          |  | \$            |
| 01      | 08  | 90  | 30  | 11  | 90  | RESID. DE OBRA FORANEA CF33216/24 | 63500     | \$               | \$          |  | \$            |
| 01      | 12  | 90  | 31  | 03  | 91  |                                   | 63500     | \$               | \$          |  | \$            |

6. Nombre(s) y Firmas(s) del responsable de la Expedición y del Solicitante.

VERIFICO  
JEFA DEL DEPTO. DE RECURSOS HUMANOS

AUTORIZO  
SUBDIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN

SOLICITANTE

C. ROSA MARIA BERTHA BERRIEL MARTINEZ

C.P. JESÚS ARMANDO TOSTADO MARTÍNEZ

JESÚS MARÍA MARTÍNEZ NAVA

TOLUCA, MEX.,

A

29 DE

MAYO

del

2013

Nota: a) Esta hoja de Servicio se formule de conformidad con la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y la Ley de Responsabilidades para los Servidores Públicos

b) No se aceptará este documento cuando no tenga sello oficial, presente raspaduras, enmendaduras o la firma del responsable de su expedición no esté reconocida ante el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales

SCT



SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

CENTRO S.C.T. MÉXICO  
SUBDIRECCION DE ADMINISTRACION  
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS  
" HOJA UNICA DE SERVICIOS "

HOJA ÚNICA DE SERVICIOS PARA ISSSTE.

HOJA No 2 DE 3

1.- DATOS COMPLETOS DEL TRABAJADOR

Nombre Completo

MARTÍNEZ NAVA JESÚS MARÍA [REDACTED]

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s) R.F.C. HOMONIMIA CURP

Domicilio Completo

[REDACTED]

Calle, Av. Calz. Etc. Núm. Ext. E Int. Colonia, Barrio ò Secc. C.P. Ciudad Estado

2.- PERIODO DE APORTACIONES AL FONDO DEL I.S.S.S.T.E.

Fecha de Ingreso Fecha de baja

02/01/1984 DOS DE ENERO DE MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y CUATRO CONTINUA LABORANDO

Con número Con Letra (día, mes y año) Con Número Con Letra (día, mes y año)

3.- MOTIVO Y PERIODO EN QUE OCURRIÓ LA BAJA ( ), REINGRESO ( ), LICENCIA ( ), y/o SUSPENSIÓN ( )

| MOTIVO | PERIODO |     |     |     | PUESTO<br>(NOMBRE, CÓDIGO Y NIVEL) | PAGADURIA | SUELDO<br>COTIZABLE | QUINQUENIOS<br>(PRIMA DE<br>ANTIGÜEDAD) | OTRAS PERCEPCIONES<br>SUJETAS A APORTACIONES<br>DEL ISSSTE | TOTAL (PESOS) |
|--------|---------|-----|-----|-----|------------------------------------|-----------|---------------------|---|--|---------------|
|        | DEL     |     | AL  |     |                                    |           |                     |   |  |               |
|        | día     | mes | año | día |                                    |           |                     |   |  |               |
|        |         |     |     |     |                                    |           |                     |   |  |               |
|        |         |     |     |     |                                    |           |                     |   |  |               |

4.- OBSERVACIONES

REVISÓ  
JEFA DEL DEPTO. DE RECURSOS HUMANOS

C. ROSA MARIA BERTHA BERRIEL MARTÍNEZ

AUTORIZÓ  
SUBDIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN

C.P. JESÚS ARMANDO TOSTADO MARTÍNEZ

0224

00003330

5.- PERCEPCIONES QUE APORTARON AL FONDO DEL I.S.S.S.T.E.

| PERIODO |     |     |     |     |     | PUESTO (NOMBRE, CÓDIGO Y NIVEL)           | PAGADURIA | SUELDO COTIZABLE | QUINQUENIOS | OTRAS PERCEPCIONES SUJETAS A ACOTIZACIÓN AL ISSSTE | TOTAL (PESOS) |
|---------|-----|-----|-----|-----|-----|---|-----------|------------------|-------------|--|---------------|
| DEL     |     |     | AL  |     |     |   |           |                  |             |  |               |
| día     | mes | año | día | mes | año |   |           |                  |             |  |               |
| 01      | 04  | 91  | 31  | 07  | 91  | SUPERV. PROG. Y PROY. DE OBRA CF088099/24 | 63500     | \$               |             |  | \$            |
| 01      | 08  | 91  | 30  | 11  | 91  | SUPERV. PROG. Y PROY. OBRA CF08809/27ZB   | 63500     | \$               |             |  | \$            |
| 01      | 12  | 91  | 30  | 11  | 92  | .   | 63500     | \$               |             |  | \$            |
| 01      | 12  | 92  | 30  | 11  | 93  | .   | 63500     | \$               |             |  | \$            |
| 01      | 12  | 93  | 30  | 08  | 94  | .   | 63500     | \$               |             |  | \$            |
| 01      | 07  | 94  | 31  | 12  | 94  | .   | 63500     | \$               |             |  | \$            |
| 01      | 01  | 95  | 31  | 05  | 95  | .   | 63500     | \$               |             |  | \$            |
| 01      | 06  | 95  | 31  | 12  | 95  | .   | 63500     | \$               |             |  | \$            |
| 01      | 01  | 96  | 15  | 05  | 96  | .   | 63500     | \$               |             |  | \$            |
| 18      | 05  | 96  | 30  | 06  | 96  | .   | 63500     | \$               |             |  | \$            |
| 01      | 07  | 96  | 31  | 12  | 96  | .   | 63500     | \$               |             |  | \$            |
| 01      | 01  | 97  | 28  | 02  | 97  | .   | 63500     | \$               |             |  | \$            |
| 01      | 03  | 97  | 31  | 03  | 97  | .   | 63500     | \$               |             |  | \$            |
| 01      | 03  | 98  | 28  | 02  | 99  | .   | 63500     | \$               |             |  | \$            |
| 01      | 03  | 99  | 30  | 08  | 99  | .   | 63500     | \$               |             |  | \$            |
| 01      | 07  | 99  | 31  | 01  | 00  | .   | 63500     | \$               |             |  | \$            |
| 01      | 02  | 00  | 31  | 12  | 00  | .   | 63500     | \$               |             |  | \$            |
| 01      | 01  | 01  | 31  | 12  | 01  | .   | 63500     | \$               |             |  | \$            |
| 01      | 01  | 02  | 31  | 12  | 02  | SUPERV. PROG. Y PROY CF08809/13           | 63500     | \$               |             |  | \$            |
| 01      | 01  | 03  | 31  | 03  | 03  | SUPERV. PROG. Y PROY CF08809/10           | 63500     | \$               |             |  | \$            |
| 01      | 04  | 03  | 31  | 03  | 04  | PROF. SERVS. ESPECIAL CF21866/14          | 63500     | \$               |             |  | \$            |
| 01      | 04  | 04  | 30  | 06  | 04  | PROF. SERVS. ESPECIAL CF21866/OA          | 63500     | \$               |             |  | \$            |

6. Nombre(s) y Firmas(s) del responsable de la Expedición y del Solicitante.

VERIFICO  
JEFA DEL DEPTO. DE RECURSOS HUMANOS

AUTORIZO  
SUBDIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN

SOLICITANTE

C. ROSA MARIA BERTHA BERRIEL MARTINEZ

C.P. JESÚS ARMANDO TOSTADO MARTÍNEZ

JESÚS MARÍA MARTÍNEZ NAVA

TOLUCA, MEX., A

29 DE MAYO

del 2013

Nota: a) Esta hoja de Servicio se formula de conformidad con la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y la Ley de Responsabilidades para los Servidores Públicos  
b) No se aceptará este documento cuando no tenga sello oficial, presente raspaduras, enmendaduras o la firma del responsable de su expedición no esté reconocida ante el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales

SCT



SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

CENTRO S.C.T. MÉXICO
SUBDIRECCION DE ADMINISTRACION
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS
" HOJA UNICA DE SERVICIOS "

HOJA ÚNICA DE SERVICIOS PARA ISSSTE.

HOJA No 3 DE 3

1.- DATOS COMPLETOS DEL TRABAJADOR

Form fields for worker data: Nombre Completo (MARTÍNEZ NAVA JESÚS MARÍA), Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre (s), R.F.C., HOMONIMIA, CURP, Domicilio Completo, Calle, Av. Calz. Etc., Núm. Ext. E Int., Colonia, Barrio ó Secc., C.P., Ciudad, Estado.

2.- PERIODO DE APORTACIONES AL FONDO DEL I.S.S.S.T.E.

Form fields for contribution period: Fecha de Ingreso (02/01/1984), Fecha de baja (CONTINUA LABORANDO), Con número, Con Letra (día, mes y año), Con Número, Con Letra (día, mes y año).

3.- MOTIVO Y PERIODO EN QUE OCURRIÓ LA BAJA ( ), REINGRESO ( ), LICENCIA ( ), y/o SUSPENSIÓN ( )

Table with columns: MOTIVO, PERIODO (DEL, AL), PUESTO (NOMBRE, CÓDIGO Y NIVEL), PAGADURIA, SUELDO COTIZABLE, QUINQUENIOS (PRIMA DE ANTIGÜEDAD), OTRAS PERCEPCIONES SUJETAS A APORTACIONES DEL ISSSTE, TOTAL (PESOS).

4.- OBSERVACIONES

Empty box for observations.

REVISÓ
JEFA DEL DEPTO. DE RECURSOS HUMANOS
C. ROSA MARIA BERTHA BERRIEL MARTÍNEZ

AUTORIZO
SUBDIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN
C.P. JESÚS ARMANDO TOSTADO MARTÍNEZ

0223

00003331



**CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO  
 COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS  
 CONTRATANTE: SECRETARIA DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO**

NO. DE POLIZA: [REDACTED]

NO. DE CERTIFICADO: [REDACTED]

NO. DE FOLIO: [REDACTED]

REFERENCIA BANCARIA: [REDACTED]

| DATOS DEL ASEGURADO TITULAR Y CONTRATANTE                               |  |  | PRIMA NETA:            |             |
|---|--|--|------------------------|-------------|
| MARTINEZ NAVA JESUS MARIA<br>SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES |  |  | \$                     | 0.00        |
|   |  |  | RECARGO PAGO FRAC:     | % 0.00      |
|   |  |  | GASTOS EXP. DE POLIZA: | \$ 0.00     |
|   |  |  | SUMA:                  | \$ 0.00     |
|   |  |  | IVA:                   | \$ 0.00     |
|   |  |  | PRIMA ASEGURADO :      | \$ 0.00     |
|   |  |  | PRIMA CONTRATANTE:     | \$ 7,795.20 |

| RELACION DE ASEGURADOS |                 |                              |            |            |            |                        |                              |                        |                |              |
|------------------------|-----------------|------------------------------|------------|------------|------------|------------------------|------------------------------|------------------------|----------------|--------------|
| Número de Certificado  | Nombre Completo | Fecha de Afiliación<br>D M A | Estatus    | Sexo       | E          | F. Nacimiento<br>D M A | F. Ingreso a la Colectividad | F. Antigüedad<br>D M A | Potenciamiento | Prima Tarifa |
| [REDACTED]             | [REDACTED]      | [REDACTED]                   | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED]             | [REDACTED]                   | [REDACTED]             | [REDACTED]     | [REDACTED]   |

| COBERTURAS                   | SUMA ASEGURADA | DEDUCIBLE | COASEGURO | NIVEL DE TARIFA DE G. |
|------------------------------|----------------|-----------|-----------|-----------------------|
| BASICA                       | SMGM 74        | SMGM 2.00 | \$ 8.00   | SM 55.00              |
| COBERTURA EN EL EXTRANJERO   | SMGM 74        | SMGM 4.00 | \$ 20.00  |                       |
| PREEXISTENCIA                | SMGM 74        | SMGM 2.00 | \$ 8.00   |                       |
| DEPORTES PELIGROSOS          | SMGM 74        | SMGM 2.00 | \$ 8.00   |                       |
| PADECIMIENTOS CONGENITOS     | SMGM 74        | SMGM 2.00 | \$ 8.00   | SM 55.00              |
| RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD | SMGM 74        | SMGM 2.00 | \$ 8.00   | SM 55.00              |
| AMBULANCIA AEREA             | SMGM 74        | SMGM 2.00 | \$ 20.00  |                       |

*Recibo original  
 [Signature]  
 24/Ene/13*

"El monto de deducible depende del nivel del hospital en que se preste el servicio. El monto de deducible y coaseguro se encuentra establecido en las Condiciones Generales del Seguro".

**IMPORTANTE:**

"Los términos y condiciones del seguro, se encuentran establecidos en las Condiciones Generales del Seguro".  
 "Contratada la Cobertura de Potenciación, los términos y condiciones bajo las cuales aplica la Cobertura de Potenciación, se encuentran establecidas en las cláusulas tercera, cuarta y décima de las Condiciones Generales del Seguro".  
 "PRIMA ASEGURADO" corresponde a la prima de potenciación y/o ascendientes que de ser contratada por el Asegurado Titular deberá pagar a la Aseguradora quincenalmente a través del descuento por nómina".

México, D. F., a 02 de ENERO de 2013

[Signature] 0222  
 METLIFE MÉXICO, S.A.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-90034-0178-2011 de fecha 28 DE MARZO DE 2011

**MetLife**



**MédicaLife**  
PLAN GUBERNAMENTAL

NOMBRE: MARTINEZ NAVA, JESUS MARIA

SUMA ASEGURADA: 74 SMGM  
DEDUCIBLE: 2.00 SMGM  
COASEGURO: 8.00 %  
NIVEL DE TABLA DE L.Q.: 55.00 SMGM

00003333

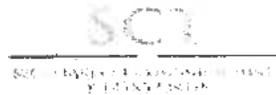
**MetLife**



**MédicaLife**  
PLAN GUBERNAMENTAL

SUMA ASEGURADA: 74 SMGM  
DEDUCIBLE: 2.00 SMGM  
COASEGURO: 8.00 %  
NIVEL DE TABLA DE L.Q.: 55.00 SMGM

CENTRO SCT MÉXICO  
SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN  
DEPTO. DE RECURSOS HUMANOS  
No. Of. CSCT.6.10.411.0896 /12



Toluca, Méx., a 14 de diciembre de 2012

**ING. JESUS MARIA MARTINEZ NAVA**  
**RESIDENTE DE CONSERVACION 14-2**  
**P R E S E N T E**

En atención a correo electrónico recibido el día 7 de diciembre del año en curso, suscrito por el Lic. Luis Alberto Lorenzana Zavala, Jefe del Departamento de Seguros al Personal, mediante el cual da a conocer que por término de vigencia del Seguro de Gastos Médicos Mayores al 15 de diciembre de 2012, su [REDACTED] quedará fuera de la colectividad por rebasar la edad límite de aceptación de acuerdo a las Condiciones Generales de la Póliza del seguro antes citado, por haber cumplido 25 años entre el 1 de abril de 2011 y el 15 de diciembre de 2012.

Asimismo, se les remitirán las cotizaciones para los hijos que deseen continuar con el Seguro, en el momento en que la Aseguradora MetLife las envíe a éste a mi cargo, y tendrán 30 días a partir de la baja, para contratar el Seguro con cualquier otra Aseguradora de su conveniencia, para que les sea respetada la antigüedad que tienen.

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

**A T E N T A M E N T E**  
**JEFA DEL DEPARTAMENTO DE**  
**RECURSOS HUMANOS**

  
**ROSA MARIA BERTHA BERRIEL MARTINEZ**

*RMBBM/020379/07 oficio noviembre 2012*

[REDACTED]

Calle de la Igualdad No. 100, Santiago Tuxtutlaco, Col. Santa Lucía de Barrios, Toluca, Méx., CP. 50280  
Teléfono: (01722) 2360620 C.E. rmbecema@sct.gob.mx

SCT

Centro SCT México  
Subdirección de Administración  
Departamento de Recursos Humanos  
Of.SCT. 6.10.411.-0005/2013

Toluca, Méx., 10 de enero de 2013

**Ing. Jesús María Martínez Nava**  
Residente de Conservación 14-2  
Presente

En seguimiento a oficio No. CSCT.6.10.411.0896/12 de fecha 14 de diciembre de 2012, anexo envío a usted cotización de MetLife del Seguro de Gastos Médicos Mayores, por si es de su interés que su [REDACTED] continúe con el seguro; cabe hacer mención, que una cotización es con emergencia en el extranjero y la otra es con cobertura en el extranjero.

Por lo anterior, deberá contratarlo a través del correo electrónico [exservidores@metlife.com.mx](mailto:exservidores@metlife.com.mx), o si es su deseo con cualquier otra Aseguradora de su preferencia, solo tiene 30 días a partir de la baja, para contratar el Seguro, para que le sea respetada la antigüedad generada.

Sin otro particular, le envío un cordial saludo.

**Atentamente**  
Jefa del Departamento de  
Recursos Humanos

  
Rosa María Bertha Berriel Martínez

RMBBM/Vicky\*oficiosenero

*Recibir anexo*  
*[Handwritten signature]*  
10/enero/13

0219

00003336

# Seguro Gastos Médicos Mayores Ex Servidores

Colización Póliza Nueva

Póliza Colectiva: GM1009  
2077

## Detalle de Cobertura

Vigencia del Seguro Del 16 de diciembre de 2012 al 15 de diciembre de 2013  
 Suma Asegurada 74 SMGM  
 Deducible 2 SMGM  
 Coaseguro 8%  
 Nivel Tabla IQ 55  
 Zona Geográfica C

Equivalente a: \$  
 Equivalente a: \$

Coberturas Adicionales  
 Cobertura en el Extranjero

CONTRATANTE: JESUS MARIA MARTINEZ NAVA

## Datos de Asegurados

| Nombre del Asegurado | Parentesco | Edad | Sexo | Prima Individual |
|----------------------|------------|------|------|------------------|
|                      |            |      |      |                  |
|                      |            |      |      |                  |
|                      |            |      |      |                  |
|                      |            |      |      |                  |
|                      |            |      |      |                  |
|                      |            |      |      |                  |
|                      |            |      |      |                  |
|                      |            |      |      |                  |
|                      |            |      |      |                  |
|                      |            |      |      |                  |

### Tipo de Pago Fraccionado

| Período    | Pago | Cargo TDC (Sin Recargo) | Otra Forma de Pago |
|------------|------|-------------------------|--------------------|
| Semestral  |      |                         |                    |
| Trimestral |      |                         |                    |
| Menstrual  |      |                         |                    |

Prima Tarifa  
 Derechos de Póliza  
 SubTotal  
 I.V.A. 16%  
 Prima Neta Anual

### Información Importante:

- La Cobertura de Parto Normal solo se otorga a aseguradas titulares o cónyuges, hasta por un monto máximo de 33.03 SMGM, con aplicación obligatoria del
- La Cobertura de Departes Peligrosos no otorga protección a los ascendientes del asegurado titular.
- La colización incluye el reconocimiento de antigüedad, siempre y cuando no existan periodos al descubierto.
- La forma de pago podrá ser anual, semestral, trimestral y mensual, con su respectivo recargo por pago fraccionado.
- Los costos y/o coberturas presentadas podrán variar sin previo aviso.
- La Descripción del Plan y Coberturas solicitadas tienen carácter general e informativo prevaleciendo las condiciones generales vigentes del producto.
- Cuenta con un periodo de 30 días naturales a partir de la fecha de vencimiento para pagar la prima y no perder el reconocimiento de antigüedad ni entrar en periodo al descubierto.

Clave de Agente: 8901 CLAVE DIRECTA  
 Propuesta Valida hasta:

Agrupador: 14

635

# Seguro Gastos Médicos Mayores Ex Servidores

Colización Póliza Nueva

Póliza Colectiva: GM1009  
2077

## Detalle de Cobertura

Vigencia del Seguro Del 16 de diciembre de 2012 al 15 de diciembre de 2013  
 Suma Asegurada 74 SMGM  
 Deducible 2 SMGM  
 Coaseguro 8%  
 Nivel Tabla IQ 55  
 Zona Geográfica C

Equivalente a: \$  
 Equivalente a: \$



Coberturas Adicionales  
 Emergencia en el Extranjero

CONTRATANTE: JESUS MARIA MARTINEZ NAVA

## Datos de Asegurados

| Nombre del Asegurado | Parentesco | Edad | Sexo | Prima Individual |
|----------------------|------------|------|------|------------------|
|                      |            |      |      |                  |
|                      |            |      |      |                  |
|                      |            |      |      |                  |
|                      |            |      |      |                  |
|                      |            |      |      |                  |
|                      |            |      |      |                  |
|                      |            |      |      |                  |

### Tipo de Pago Fraccionado

| Periodo    | Pago              | Cargo IDC (Sin Recargo) | Otra Forma de Pago |
|------------|-------------------|-------------------------|--------------------|
| Semestral  | 1er Pago          |                         |                    |
|            | Subsecuentes (1)  |                         |                    |
|            | Total             |                         |                    |
| Trimestral | 1er Pago          |                         |                    |
|            | Subsecuentes (3)  |                         |                    |
|            | Total             |                         |                    |
| Mensual    | 1er Pago          |                         |                    |
|            | Subsecuentes (11) |                         |                    |
|            | Total             |                         |                    |

Primo Tarifa  
 Derechos de Póliza  
 SubTotal  
 I.V.A. 16%  
 Prima Neta Anual



### Información Importante:

- La Cobertura de Parto Normal solo se otorga a asegurados titulares o cónyuges, hasta por un monto máximo de 33.03 SMGM, con aplicación obligatoria del
- La Cobertura de Deportes Peligrosos no otorga protección a los ascendientes del asegurado titular.
- La Colización Incluye el reconocimiento de antigüedad, siempre y cuando no existan periodos al descubierto.
- La forma de pago podrá ser anual, semestral, trimestral y mensual, con su respectivo recargo por pago fraccionado.
- Los costos y/o coberturas presentadas podrán variar sin previo aviso.

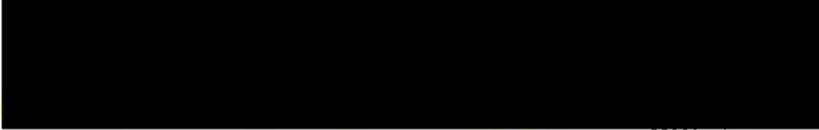
- La Descripción del Plan y Coberturas solicitadas, tienen carácter general e informativo prevaleciendo las condiciones generales vigentes del producto.
- Cuenta con un periodo de 30 días naturales a partir de la fecha de vencimiento para pagar la prima y no perder el reconocimiento de antigüedad ni entrar en periodo al descubierto.

Clave de Agente: 8901 CLAVE DIRECTA  
 Propuesta Valida hasta:

Agrupador 14

# MetLife®

MARTINEZ NAVA JESUS MARIA



*Recibí sobre el edo de muerte  
1 [Signature]  
07/sep/12*

**Cuidamos lo que amas de la vida.**

BV-2-001

[www.metlife.com.mx](http://www.metlife.com.mx)  
01-800-00 METLIFE (638-5433)

VER.1

021

00003338



SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARIA  
NO. DE COMPROBACION:  
201205251716381000000108044167  
R.F.C: [REDACTED]  
NO. DE CERTIFICADO: [REDACTED]

MEXICO, D.F. A 25 DE MAYO DE 2012

DECLARACION DE MODIFICACION PATRIMONIAL 2012

C. JESUS MARIA MARTINEZ NAVA  
SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES  
PRESENTE.

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 1193750.FIR CON CARACTERES DE AUTENTICIDAD 60 12 43 7e 02 3d b8 96 89 20 02 83 79 3d 72 bf d9 c0 73 f1, EL CUAL INCORPORA FIRMA ELECTRONICA, EN SUSTITUCION DE LA AUTOGRAFA Y CON EL MISMO VALOR PROBATORIO.

CARACTERES DE AUTENTICIDAD DEL ACUSE:cf 13 5b f7 0b 22 b7 5a 9b f7 dd b6 f2 10 56 ca 40 23 91,ff

NUM. 6166643

0215

00003339

**URGENTE**

0214

CENTRO SCT MÉXICO  
SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN  
DEPTO. DE RECURSOS HUMANOS  
NO. OF. SCT.6.10.411.0303/2012



SECRETARÍA DE  
COMUNICACIONES  
Y TRANSPORTES



Toluca, Méx., a 19 de Abril de 2012.

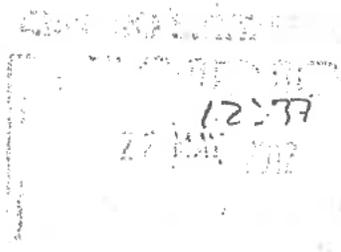
**ING. JESUS MARIA MARTINEZ NAVA**  
**RESIDENCIA DE CONSERVACION DE CARRETERAS**  
**PRESENTE**

En atención al Oficio No. 09/100/0324/2012 de fecha 10 de abril del año en curso, enviado por el Lic. Jaime Hurtado Camarena, Titular del Órgano Interno de Control en la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, mediante el cual hace referencia al Programa de apoyo para la presentación de la Declaración de Modificación Patrimonial durante el próximo mes de mayo del 2012.

Al respecto, se le invita a que realice el llenado de su declaración de modificación patrimonial en el mes de abril, y concluya su envío y cumplimiento de dicha obligación durante los primeros días del mes de mayo, ya que si bien es cierto que la puede presentar durante todo el mes de mayo, también lo es que, en los últimos días se presenta una carga extraordinaria al sistema declaraNetplus, lo que puede dificultar el proceso de captura y envío.

Lo anterior para su cumplimiento, de lo contrario se hará acreedor a las sanciones previstas por la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.

Sin otro particular, le envío un cordial saludo.



**ATENTAMENTE**  
**DIRECTOR GENERAL**

**LIC. OSCAR RAUL GALLEJO SILVA**

C.c.p.- Subdirector de Obras.-Presente.

*Recibido en...*  
*[Signature]*  
26/04/12

RMBB/mang.

00003370

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

ANVERSO

3

37P1A08

6430579

PERIODO QUE AMPARA LA CONSTANCIA

MES INICIAL 01

MES FINAL 12

EJERCICIO 2011

ESTA CONSTANCIA DEBERA SER CONSERVADA POR EL TRABAJADOR

DATOS DEL TRABAJADOR O ASIMILADO A SALARIOS

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES



CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE PARTICIPACIÓN



APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S)

MARTINEZ

NAVA

JESUS MARIA

MARQUE CON "X" EL RECUADRO QUE CORRESPONDA Y/O CONTESTE LO QUE SE SOLICITA

Table with columns: ÁREA GEOGRÁFICA DEL SALARIO MÍNIMO (1), SI EL PATRÓN REALIZÓ CÁLCULO ANUAL, TARIFA UTILIZADA, DEL EJERCICIO QUE DECLARA, 1991 (Actualizada), FRACCIÓN I (2), FRACCIÓN II (2), APLICADA (3), MARQUE CON "X" SI EL TRABAJADOR ES SINDICALIZADO, SI ES ASIMILADO A SALARIOS, SEÑALE LA CLAVE CORRESPONDIENTE (4), CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA DONDE PRESTEN SU SERVICIOS (5)

IMPUESTO SOBRE LA RENTA table with columns: A. TOTAL DE INGRESOS POR SUELDOS, SALARIOS Y CONCEPTOS ASIMILADOS, B. IMPUESTO LOCAL A LOS INGRESOS POR SUELDOS, SALARIOS Y EN GENERAL POR LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO O PERSONAL SUBORDINADO, C. INGRESOS EXENTOS, D. INGRESOS NO ACUMULABLES, E. INGRESOS ACUMULABLES, F. ISR CONFORME A LA TARIFA ANUAL, G. SUBSIDIO ACREDITABLE, H. SUBSIDIO NO ACREDITABLE, I. SUBSIDIO PARA EL EMPLEO, J. MONTO DEL SUBSIDIO ACREDITABLE FRACCIÓN III (2), K. MONTO DEL SUBSIDIO ACREDITABLE FRACCIÓN IV (2), L. IMPUESTO SOBRE INGRESOS ACUMULABLES, M. IMPUESTO SOBRE INGRESOS NO ACUMULABLES, N. IMPUESTO SOBRE LA RENTA CAUSADO EN EL EJERCICIO QUE DECLARA (L+M), O. IMPUESTO RETENIDO AL CONTRIBUYENTE

PAGOS POR SEPARACIÓN table with columns: P. MONTO TOTAL DEL PAGO EN UNA SOLA EXHIBICIÓN, Q. INGRESOS TOTALES POR PAGO EN PARCIALIDADES, R. MONTO DIARIO PERCIBIDO POR JUBILACIONES, PENSIONES O HABERES DE RETIRO EN PARCIALIDADES, S. CANTIDAD QUE SE HUBIERA PERCIBIDO EN EL PERIODO DE NO HABER PAGO ÚNICO POR JUBILACIONES, PENSIONES O HABERES DE RETIRO EN UNA SOLA EXHIBICIÓN, T. NÚMERO DE DÍAS, U. INGRESOS EXENTOS, V. INGRESOS GRAVABLES, W. INGRESOS ACUMULABLES, X. INGRESOS NO ACUMULABLES, Y. IMPUESTO RETENIDO

(\*) Es obligatorio requisitar estos campos. (1) Anotará A, B o C según corresponda al área geográfica que actual 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. 90-A de la LISR, publicado en el DOF el 29 de noviembre del 2001. (3) A. Miembros de las sociedades cooperativas de producción, B. Integrantes de asociaciones y asociaciones civiles, C. Miembros de consejos directivos, de vigilancia, consultivos o comitativos, D. Actividad empresarial (comerciantes), E. Honorarios asimilados a salarios, F. Ingresos en acciones o títulos valor, G. Otros. (4) 01 Aguascalientes, 02 Baja California, 03 Baja California Sur, 04 Campeche, 05 Coahuila, 06 Colima, 07 Chiapas, 08 Chihuahua, 09 Distrito Federal, 10 Durango, 11 Guanajuato, 12 Guerrero, 13 Hidalgo, 14 Jalisco, 15 Mérida, 16 Michoacán, 17 Morelos, 18 Nayarit, 19 Nuevo León, 20 Oaxaca, 21 Puebla, 22 Querétaro, 23 Quintana Roo, 24 San Luis Potosí, 25 Sinaloa, 26 Sonora, 27 Tabasco, 28 Tamaulipas, 29 Tlaxcala, 30 Veracruz, 31 Yucatán, 32 Zacatecas. (5) En caso de que el trabajador haya tenido más de un patrón en el ejercicio deberá señalar el(los) RFC de (los) otro(s) patrón(es).

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

Handwritten signature and date 17/04/12

021:

PAGOS POR SEPARACIÓN (Continuación)

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| a. MONTO TOTAL PAGADO                        | 0 | e. INGRESOS ACUMULABLES<br>(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 OPCION (4)         | m. INGRESO ACUMULABLE<br>(k - l siempre que k sea mayor) |
| l. PRECIO ESTABLECIDO AL OTORGARSE LA OPCION 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                           | 101863  | 0      |
| p. GRATIFICACIÓN ANUAL  | 22587   | 1703   |
| q. VIÁTICOS Y GASTOS DE VIAJE                                   | 0       | 17400  |
| r. TIEMPO EXTRAORDINARIO  | 0       | 0      |
| s. PRIMA VACACIONAL   | 1118    | 851    |
| 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 FUNERAL                                 | 0       | 0      |
| AA. CONTRIBUCIONES A CARGO DEL TRABAJADOR PAGADAS POR EL PATRÓN | 0       | 2558   |
| BB. PREMIOS POR PUNTUALIDAD                                     | 0       | 0      |
| CC. PRIMA DE SEGURO DE VIDA                                     | 0       | 0      |
| DD. SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES                            | 0       | 0      |
| EE. VALES PARA RESTAURANTE                                      | 0       | 0      |
| FF. VALES PARA GASOLINA   | 0       | 0      |

(1) Incluyendo, entre otras, prima de antigüedad e indemnizaciones.  
 (2) Si el pago por separación es menor al último sueldo mensual ordinario deberá anotarse el pago por separación.  
 (3) Funcionarios y trabajadores de la Federación de los Estados Federativos 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 1° de enero de 2005, se anotará el valor del mercado que tenían dichas acciones o títulos valor al 31 de diciembre de 2004.

3 [Redacted]

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

|  | GRAVADO | EXENTO |
|--|---------|--------|
| G1. VALES PARA ROPA                                | 0       | 0      |
| H1. AYUDA PARA RENTA                               | 0       | 0      |
| I1. AYUDA PARA ARTICULOS ESCOLARES                 | 0       | 0      |
| J1. DOTACIÓN O AYUDA PARA ANTEOJOS                 | 0       | 0      |
| K1. AYUDA PARA TRANSPORTE                          | 0       | 0      |
| L1. CUOTAS SINDICALES PAGADAS POR EL PATRON        | 0       | 0      |
| M1. SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD                      | 0       | 0      |
| N1. BECAS PARA TRABAJADORES Y/O SUS HIJOS          | 0       | 0      |
| O1. PAGOS EFECTUADOS POR OTROS EMPLEADORES (2) (3) | 0       | 0      |
| P1. OTROS INGRESOS POR SALARIOS                    | 0       | 924    |

IMPUESTO SOBRE LA RENTA POR SUELDOS Y SALARIOS

|  |        |  |     |
|--|--------|--|-----|
| Q1. SUMA DEL INGRESO GRAVADO POR SUELDOS Y SALARIOS (Suma de los campos 0 de la pagina 2 al P1 de la columna "gravado" de la pagina 3)             | 125568 | X1. SALDO A FAVOR DEL EJERCICIO ANTERIOR NO COMPENSADO DURANTE EL EJERCICIO QUE AMPARA LA CONSTANCIA         | 0   |
| R1. SUMA DEL INGRESO EXENTO POR SUELDOS Y SALARIOS (Suma de los campos 0 de la pagina 2 al P1 de la columna "exento" de la pagina 3)               | 23436  | Y1. SUMA DE LAS CANTIDADES QUE POR CONCEPTO DE CREDITO AL SALARIO LE CORRESPUNDIÓ AL TRABAJADOR (5)          | 0   |
| S1. SUMA DE INGRESOS POR SUELDOS Y SALARIOS (Q1 + R1)  | 149004 | Z1. CREDITO AL SALARIO ENTREGADO EN EFECTIVO AL TRABAJADOR DURANTE EL EJERCICIO (6)                          | 0   |
| T1. MONTO DEL IMPUESTO LOCAL A LOS INGRESOS POR SUELDOS, SALARIOS Y EN GENERAL POR LA PRESTACION DE UN SERVICIO PERSONAL SUBORDINADO RETENIDO. (4) | 0      | a1. MONTO TOTAL DE INGRESOS OBTENIDOS POR CONCEPTO DE PRESTACIONES DE PREVISION SOCIAL                       | 924 |
| U1. IMPUESTO RETENIDO DURANTE EL EJERCICIO   | 13883  | M1. SUMA DE INGRESOS EXENTOS POR CONCEPTO DE PRESTACIONES DE PREVISION SOCIAL                                | 924 |
| V1. IMPUESTO RETENIDO POR OTRO(S) PATRON(ES) DURANTE EL EJERCICIO (2)  | 0      | a1. MONTO DEL SUBSIDIO PARA EL EMPLEADO ENTREGADO EN EFECTIVO AL TRABAJADOR DURANTE EL EJERCICIO QUE DECLARA | 0   |
| W1. SALDO A FAVOR DETERMINADO EN EL EJERCICIO QUE DECLARA QUE EL PATRON COMPENSARA DURANTE EL SIGUIENTE EJERCICIO O SOLICITARA SU DEVOLUCION       | 0      |  |     |

DATOS DEL RETENEDOR

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES SCT051121NES

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION

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

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES APELLIDO PATERNO, MATERNO, NOMBRE(S)

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION

FIRMA DEL RETENEDOR O REPRESENTANTE LEGAL

SILLO DEL RETENEDOR (EN CASO DE EMPRESAS)

FIRMA DE RECIBIDO POR EL CONTRIBUYENTE

\* Solo personas físicas.

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

(2) Sólo si el patrón que usó la constancia realizó el cálculo anual.

(3) No deberá duplicar los conceptos exentos que se nacen una sola vez, por ejemplo: gratificación anual, prima vacacional, entre otros.

(4) Aplicable a partir de 2005.

(5) Se deberá suavisar la suma del crédito al salario determinado 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.

# MetLife®

MARTINEZ NAVA JESUS MARIA



Cuidamos lo que amas de la vida.

[www.metlife.com.mx](http://www.metlife.com.mx)  
01-800-00 METLIFE (638-5433)

BV-2-001

VER. 1

*Recibido original  
18/ Feb /12*

0210

00003342

**CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO  
COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS  
CONTRATANTE: SECRETARIA DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO**

**MetLife®**

00003345

NO. DE POLIZA: [REDACTED]

NO. DE CERTIFICADO: [REDACTED]

REFERENCIA BANCARIA: [REDACTED]

NO. DE FOLIO: [REDACTED]

| DATOS DEL ASEGURADO TITULAR / CONTRATANTE                               |  |  |                        |             |
|---|--|--|------------------------|-------------|
| MARTINEZ NAVA JESUS MARIA<br>SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES |  |  | PRIMA NETA:            | \$ 0.00     |
|   |  |  | RECARGO PAGO FRAC:     | % 0.00      |
|   |  |  | GASTOS EXP. DE POLIZA: | \$ 0.00     |
|   |  |  | SUMA:                  | \$ 0.00     |
|   |  |  | IVA:                   | \$ 0.00     |
|   |  |  | PRIMA ASEGURADO :      | \$ 0.00     |
|   |  |  | PRIMA CONTRATANTE:     | \$ 5,428.80 |

| RELACION DE ASEGURADOS |                 |                        |         |      |   |                        |                             |                        |            |              |
|------------------------|-----------------|------------------------|---------|------|---|------------------------|-----------------------------|------------------------|------------|--------------|
| Número de Certificado  | Nombre Completo | Fecha de Alta<br>D M A | Estatus | Sexo | E | F. Nacimiento<br>D M A | F. Ingreso a la Coactividad | F. Antigüedad<br>D M A | Parentesco | Prima Tarifa |
| [REDACTED]             |                 |                        |         |      |   |                        |                             |                        |            |              |

| COBERTURAS                   | SUMA ASEGURADA | DEDUCIBLE | COASEGURO | NIVEL DE TARIFA |
|------------------------------|----------------|-----------|-----------|-----------------|
| BASICA                       | SMGM 74        | SMGM 2.00 | \$ 8.00   | SM 55.00        |
| COBERTURA EN EL EXTRANJERO   | SMGM 74        | SMGM 4.00 | \$ 20.00  |                 |
| PREEXISTENCIA                | SMGM 74        | SMGM 2.00 | \$ 8.00   |                 |
| DEPORTES PELIGROSOS          | SMGM 74        | SMGM 2.00 | \$ 8.00   | SM 55.00        |
| PADECIMIENTOS CONGENITOS     | SMGM 74        | SMGM 2.00 | \$ 8.00   | SM 55.00        |
| RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD |                |           |           |                 |
| AMBULANCIA AEREA             | SMGM 74        | SMGM 2.00 | \$ 20.00  |                 |

*Recibido en mano  
18/ Feb/ 12*

"El monto de deducible depende del nivel del hospital en que se preste el servicio. El monto de deducible y coaseguro se encuentra establecido en las Condiciones Generales del Seguro".

| IMPORTANTE   |  |
|--|--|
| <p>"Los términos y condiciones del seguro, se encuentran establecidos en las Condiciones Generales del Seguro".<br/>"Contratada la Cobertura de Potenciación, los términos y condiciones bajo las cuales aplica la Cobertura de Potenciación, se encuentran establecidas en las cláusulas tercera, cuarta y décima de las Condiciones Generales del Seguro".<br/>"PRIMA ASEGURADO" corresponde a la prima de potenciación y/o ascendientes que de ser contratada por el Asegurado Titular deberá pagar a la Aseguradora quincenalmente a través del descuento por nómina".</p> | <p>0209</p> <p>METELIFE MÉXICO, S.A.</p> |

México, D. F., a 09 de ENERO de 2012

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0034-0178-2011 de fecha 28 DE MARZO DE 2011

De conformidad con lo dispuesto por el artículo 16 del REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO PARA LA OPERACIÓN DE VIDA Y DEL SEGURO COLECTIVO PARA LA OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES, se transcriben en su integridad los siguientes artículos, mismos que aplicarán según el seguro que le corresponda a las coberturas contratadas:

**Artículo 17.-** Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate. Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

**Artículo 18.-** Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurada, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

**Artículo 19.-** En los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

- I. Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al integrante del Grupo o Colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo o Colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida.
- II. En la operación de accidentes y enfermedades, la Aseguradora podrá pactar el derecho de conversión a una póliza individual para los Integrantes del Grupo o Colectividad que se separen de manera definitiva del mismo, señalando sus características.

Acuse Original en <sup>Exp</sup> 00003346  
Servicio Prof. Carrera

CENTRO SCT-MÉXICO  
SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN  
DEPTO. DE RECURSOS HUMANOS  
Of. No. C. SCT.6.10.411.0154/2012

Toluca, México; a 29 de febrero de 2012

SECRETARÍA DE  
COMUNICACIONES  
Y TRANSPORTES



**LIC. ARMANDO RUIZ MASSIEU A.  
DIRECTOR GENERAL DE PROGRAMACION  
ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO  
P R E S E N T E**

En atención a su oficio Núm. 5.1.-336 de fecha 3 de febrero del año en curso, mediante el cual informa que de conformidad con lo dispuesto en la fracción XVII del artículo 32 del Reglamento Interior de la SCT, así como el requerimiento del Órgano Interno de Control en la SCT de contar con evidencia en la obligación de que todos los servidores públicos de esta Secretaría conozcan y cumplan cabalmente con las responsabilidades que les son encomendadas, a través de los manuales de organización y de procedimientos específicos de cada una de las Unidades Administrativas.

Sobre el particular, me permito anexar formatos A y B en CD debidamente firmados por el personal de Mandos y Enlace adscritos a este Centro SCT.

Sin más por el momento, le envío un cordial saludo.

**ATENTAMENTE  
DIRECTOR GENERAL**

  
**LIC. OSCAR RAÚL CALLEJO SILVA**

C.c.p.- Lic. Víctor Manuel Lamoyi Bocanegra.-Oficial Mayor del Ramo.-Presente  
Lic. Jaime Hurtado Camarena.-Titular del Órgano Interno de Control en la SCT.-Presente.  
C.P. Álvaro Genaro Urbina Moncayo.- Encargado del Despacho de la Subdirección de Administración.-Presente.

namg.

Calle de la Igualdad Núm. 100 . Santiago Tlaxomulco, Col. Junta Local de Caminos Toluca, Méx., C.P.50280 .  
Teléfono: (722) 2-36-06-49- C.E.mbecema@sct.gob.mx

0208

963500 12-262 00003347

*Bertha para comisar*

*Gracias*  
*0154*  
*Alvaro*

Oficio No. 5.1.-336

Oficialía Mayor  
Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto

ESTADO DE MEXICO  
SUBDIRECCION DE ADMINISTRACION  
DPTO DE PERSONAL Y HUMANOS

RECIBIDO POR: *10:43/mst*

HORA: *10:43/mst*

ASUNTO: Manuales de Organización y de Procedimientos



México D.F. a 03 de Febrero de 2012.

**LIC. OSCAR RAUL CALLEJO SILVA**  
**DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO SCT MEXICO**  
Presente

*A May.*  
*P/CONOCIMIENTO*

Me refiero a los artículos 19 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, 47 Fracción I de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, 8 fracción I de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, 44 fracción I de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del Artículo 123 Constitucional y 12 de la Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal, relacionados con las obligaciones de los servidores públicos en el cumplimiento de su servicio y tareas inherentes que tengan encomendadas.

Al respecto, de conformidad con lo dispuesto en la fracción XVII del artículo 32 del Reglamento Interior de la SCT, así como al requerimiento del Órgano Interno de Control en la SCT de contar con evidencia en la obligación de que todos los servidores públicos de esta Secretaría conozcan y cumplan cabalmente con las responsabilidades que les son encomendadas a través de los manuales de organización y de procedimientos específicos de cada una de las Unidades Administrativas, le envío los formatos A y B anexos para su requisitado correspondiente de acuerdo al tipo de personal, documentos que deberán integrarse en el expediente de cada trabajador y remitirse en formato PDF en CD a esta Dirección General, a más tardar el 02 de marzo del año en curso.

No omito señalar que en la Normateca Interna de la SCT (<http://normatecainterna.sct.gob.mx>), se cuenta con los citados documentos para su consulta, mismos que son actualizados constantemente conforme a los requerimientos de las Unidades Administrativas.

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

**ATENTAMENTE**  
El Director General

Lic. Armando Ruiz Massieu A.

C.c.p. Lic. Víctor Manuel Lamoyi Bocanegra, Oficial Mayor del Ramo. Presente.  
Lic. Jaime Hurtado Camarena, Titular del Órgano Interno de Control en la SCT. Presente

Folio Pegasus No. 07000012-860  
G7000012-20

FMG/sb/rpg

CENTRO SCT  
ESTADO DE MEXICO  
DIRECCION GENERAL

28 FEB 2012

RECIBIDO POR: *102*

HORA: *1:30* No. DE PAG: *11*

ANEXOS: *1 Disquette*

0207  
*m*



Toluca, México, a 28 de Febrero de 2012

**LIC. OSCAR RAÚL CALLEJO SILVA**  
**DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO SCT MÉXICO**  
**PRESENTE**

Por medio de la presente, hago constar que tomo conocimiento del Manual de Organización y el Manual de Procedimientos de la Unidad Administrativa a la que estoy adscrito, los cuales contienen las funciones, y en su caso, procesos y procedimientos, que debo atender para cumplir con las responsabilidades que se me han encomendado como servidor público, sin perjuicio de lo dispuesto en las demás disposiciones aplicables.

Asimismo, estoy enterado que los manuales están disponibles para su consulta en la página de la Normateca Interna (<http://normatecainterna/sct.gob.mx>) y que deberé mantenerme al tanto de las actualizaciones a las que sean sujetos dichos documentos.

Lo anterior con fundamento en los artículos 19 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, 47 Fracción I de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, 8 fracción I de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, 44 fracción I de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del Artículo 123 Constitucional y 12 de la Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal.

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Jesús Martínez', is written over a horizontal line.

**JESÚS MARÍA MARTÍNEZ NAVA**  
**RESIDENTE DE OBRA**  
**No. DE PLAZA 11,435**



Toluca, México, a 28 de Febrero de 2012

**LIC. OSCAR RAÚL CALLEJO SILVA**  
**DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO SCT MÉXICO**  
**PRESENTE**

Por medio de la presente, hago constar que tomo conocimiento del Manual de Organización y el Manual de Procedimientos de la Unidad Administrativa a la que estoy adscrito, los cuales contienen las funciones, y en su caso, procesos y procedimientos, que debo atender para cumplir con las responsabilidades que se me han encomendado como servidor público, sin perjuicio de lo dispuesto en las demás disposiciones aplicables.

Asimismo, estoy enterado que los manuales están disponibles para su consulta en la página de la Normateca Interna (<http://normatecainterna.sct.gob.mx>) y que deberé mantenerme al tanto de las actualizaciones a las que sean sujetos dichos documentos.

Lo anterior con fundamento en los artículos 19 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, 47 Fracción I de la Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, 8 fracción I de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, 44 fracción I de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del Artículo 123 Constitucional y 12 de la Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal.

**JESÚS MARÍA MARTÍNEZ NAVA**  
**RESIDENTE DE OBRA**  
**No. DE PLAZA 11,435**

# MetLife®

MARTINEZ NAVA JESUS MARIA



*[Handwritten signature]*

**Cuidamos lo que amas de la vida.**

[www.metlife.com.mx](http://www.metlife.com.mx)  
01-800-00 METLIFE (638-5433)

BV-2-001

VER.1

0204

00003350

00003351

"2011, Año del Turismo en México"  
Centro SCT Estado de México  
Subdirección de Obras  
Residencia Gral. de Conserv. de Carreteras.  
Residencia de Conservación de Carret. 14-2 Toluca  
SCT.6.10.416.7.468/11

Toluca, Méx., a 17 de agosto de 2011.

**C.BERTHA BERRIEL MARTINEZ**  
JEFE DEL DEPTO. DE RECURSOS HUMANOS  
PRESENTE.

SECRETARÍA DE  
COMUNICACIONES  
Y TRANSPORTES



Por medio del presente, solicito a usted se me proporcione una copia de la constancia de mi registro FIEL, la cual obra en mi expediente personal de este departamento a su cargo.

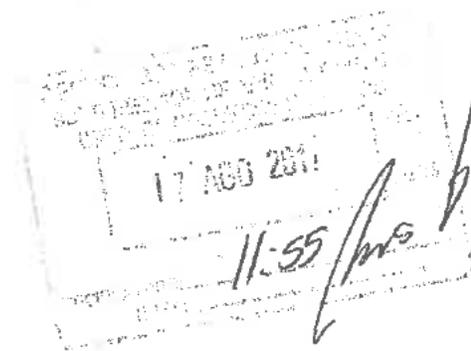
Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

**A T E N T A M E N T E**  
**RESIDENTE DE CONSERVACION**  
**DE CARRETERAS 14-2 TOLUCA.**

**ING. JESÚS MARÍA MARTINEZ NAVA**

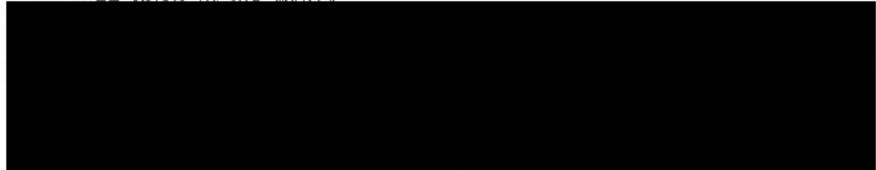
c.c.p.- Expediente  
P'JMMN'cvm

*RECIBI 2 COPIAS  
17-08-11  
JOAN S. GARCIA*



# MetLife®

MARTINEZ NAVA JESUS MARIA



Recibido orig. *[Handwritten Signature]*  
19/09/10

Cuidamos lo que amas de la vida.

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

VER. 1

0202

00003352

**CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO  
COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS**
**CONTRATANTE: SECRETARIA DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO**

NO. DE POLIZA: [REDACTED]

NO. DE CERTIFICADO: [REDACTED]

REFERENCIA BANCARIA: [REDACTED]

NO. DE FOLIO: [REDACTED]

| DATOS DEL ASEGURADO TITULAR Y CONTRATANTE                               |  |  | PRIMA NETA:            |             |
|---|--|--|------------------------|-------------|
| MARTINEZ NAVA JESUS MARIA<br>SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES |  |  | \$                     | 0.00        |
|   |  |  | RECARGO PAGO FRAC:     | % 0.00      |
|   |  |  | GASTOS EXP. DE POLIZA: | \$ 0.00     |
|   |  |  | SUMA:                  | \$ 0.00     |
|   |  |  | IVA:                   | \$ 0.00     |
|   |  |  | PRIMA ASEGURADO :      | \$ 0.00     |
|   |  |  | PRIMA CONTRATANTE:     | \$ 5,428.80 |

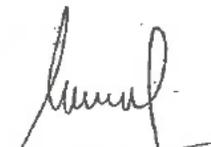
| VIGENCIA                     |                              | FORMA DE PAGO |
|------------------------------|------------------------------|---------------|
| DELAS 00 Hrs.<br>DIA MES AÑO | A LAS 24 Hrs.<br>DIA MES AÑO |               |
| 01/04/2011                   | 31/12/2011                   | MENSUAL       |

| RELACION DE ASEGURADOS |                 |                        |            |            |                        |                                 |                        |            |             |            |
|------------------------|-----------------|------------------------|------------|------------|------------------------|---------------------------------|------------------------|------------|-------------|------------|
| No de Licado           | Nombre Completo | Fecha de Alta<br>D M A | Estatus    | Sexo       | F. Nacimiento<br>D M A | F. Ingreso a la<br>Colectividad | F. Antigüedad<br>D M A | Parentesco | Prima Total |            |
| [REDACTED]             | [REDACTED]      | [REDACTED]             | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED]             | [REDACTED]                      | [REDACTED]             | [REDACTED] | [REDACTED]  | [REDACTED] |

| COBERTURAS                   | SUMA ASEGURADA | DEDUCIBLE | COASEGURO | Nivel de<br>Cobertura |
|------------------------------|----------------|-----------|-----------|-----------------------|
| BASICA                       | SMGM 74        | SMGM 2.00 | \$ 8.00   | SM 55.00              |
| COBERTURA EN EL EXTRANJERO   | SMGM 74        | SMGM 4.00 | \$ 20.00  |                       |
| PREEXISTENCIA                | SMGM 74        | SMGM 2.00 | \$ 8.00   |                       |
| DEPORTES PELIGROSOS          | SMGM 74        | SMGM 2.00 | \$ 8.00   | SM 55.00              |
| PADECIMIENTOS CONGENITOS     | SMGM 74        | SMGM 2.00 | \$ 8.00   | SM 55.00              |
| RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD | SMGM 74        | SMGM 2.00 | \$ 8.00   | SM 55.00              |
| AMBULANCIA AEREA             | SMGM 74        | SMGM 2.00 | \$ 20.00  |                       |

Recibir original por taga  
21/ Jun 11

"El monto de deducible depende del nivel del hospital en que se preste el servicio. El monto de deducible y coaseguro se encuentra establecido en las Condiciones Generales del Seguro".

| IMPORTANTE  |   |
|---|---|
| <b>ESTE CERTIFICADO CANCEL A Y SUSTITUYE AL ANTERIOR</b><br>"Los términos y condiciones del seguro, se encuentran establecidos en las Condiciones Generales del Seguro".<br>"Contratada la Cobertura de Potenciación, los términos y condiciones bajo las cuales aplica la Cobertura de Potenciación, se encuentran establecidas en las cláusulas tercera, cuarta y décima de las Condiciones Generales del Seguro".<br>"PRIMA ASEGURADO" corresponde a la prima de potenciación y/o ascendientes que de ser contratada por el Asegurado Titular deberá pagar a la Aseguradora quincenalmente a través del descuento por nómina". | <br>0201<br>METLIFE MÉXICO, S.A. |
| México, D. F., a 11 de MAYO de 2011   |   |

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0034-0178-2011 de fecha 28 DE MARZO DE 2011

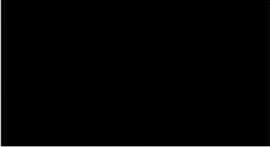
00003354

MetLife



MédicaLife  
PLAN GUBERNAMENTAL

NOMBRE: MARTINEZ NAVA JESUS MARIA



SUMA ASEGURADA: 74 SMGM  
DEDUCIBLE: 2.00 SMGM  
COASEGURO: 8.00 %  
NIVEL DE TABLA DE I.Q. 55.00 SMGM

MetLife



MédicaLife  
PLAN GUBERNAMENTAL



SUMA ASEGURADA: 74 SMGM  
DEDUCIBLE: 2.00 SMGM  
COASEGURO: 8.00 %  
NIVEL DE TABLA DE I.Q. 55.00 SMGM

MetLife



MédicaLife  
PLAN GUBERNAMENTAL



SUMA ASEGURADA: 74 SMGM  
DEDUCIBLE: 2.00 SMGM  
COASEGURO: 8.00 %  
NIVEL DE TABLA DE I.Q. 55.00 SMGM

0200



SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARIA

NO. DE COMPROBACION:

201105311139091000000107408940

R.F.C. [REDACTED]

NO. DE CERTIFICADO: [REDACTED]

MEXICO, D.F. A 31 DE MAYO DE 2011

C. JESUS MARIA MARTINEZ NAVA  
SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES  
PRESENTE.

DECLARACION DE MODIFICACION PATRIMONIAL 2011

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 906536.FIR CON CARACTERES DE AUTENTICIDAD 6d de 7d b3 25 64 7b c5 e0 d9 81 8b 79 a0 4f 26 83 06 13 b3, EL CUAL INCORPORA FIRMA ELECTRONICA, EN SUSTITUCION DE LA AUTOGRAFA Y CON EL MISMO VALOR PROBATORIO.

CARACTERES DE AUTENTICIDAD DEL ACUSE:2e 7c 23 5d 45 e8 83 8a c2 0a 7a 4e c4 9a af 78 7b ad af 8e

NUM. 5529145

0199

00003355

Centro SCT México  
Residencia General de Conservación  
De Carreteras  
No. OF. C.SCT.6.10.416.OA.190/2011

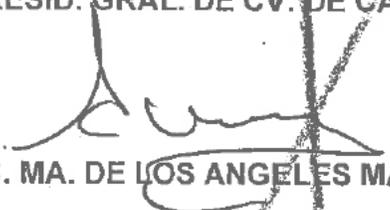


Toluca, México, mayo 31 de 2011

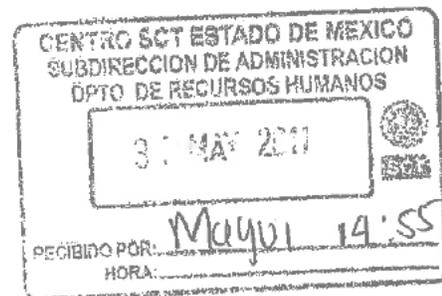
**C. ROSA MA. BERTHA BERRIEL MARTÍNEZ**  
**JEFE DEL DEPTO. REC. HUMANOS**  
**CENTRO S.C.T. ESTADO DE MÉXICO**  
**PRESENTE.**

Adjunto al presente envío a usted, Acuse de Recibo de la Declaración Patrimonial 2011 del C. JESÚS MA. MARTÍNEZ NAVA.

**ATENTAMENTE**  
**DELEGADA ADMINISTRATIVA DE LA**  
**RESID. GRAL. DE CV. DE CARRET.**

  
**C. MA. DE LOS ANGELES MAYA HERNÁNDEZ**

c.c.p.- Expediente  
MAMH\*





**CONSTANCIA DE SUELDOS, SALARIOS, CONCEPTOS ASIMILADOS, CRÉDITO AL SALARIO Y SUBSIDIO PARA EL EMPLEO (INCLUYE INGRESOS POR ACCIONES)**

00003358

**Anexo 1 - Identificación del Trabajador**

|   |                       |
|---|-----------------------|
| Mes inicial   | 01                    |
| Mes final   | 12                    |
| Ejercicio   | 2010                  |
| Registro federal de contribuyentes  | [REDACTED]            |
| Clave única de registro de población  | [REDACTED]            |
| Apellido Paterno  | MARTINEZ              |
| Apellido Materno  | NAVA                  |
| Nombre(s)   | JESUS MARIA           |
| Área geográfica del salario mínimo  | Área C                |
| Indique si el patrón realizó cálculo anual  | SI                    |
| Tarifa utilizada: del ejercicio que declara   | NO                    |
| Tarifa utilizada: 1991 actualizada  | SI                    |
| <b>PROPORCIÓN DEL SUBSIDIO</b>  |                       |
| Proporción del subsidio calculada conforme a las disposiciones vigentes en el ejercicio que declara             |                       |
| Proporción del subsidio calculada conforme a las disposiciones vigentes en 1991                                 |                       |
| Proporción del subsidio aplicada  | 0.8600                |
| Indique si el trabajador es sindicalizado   | NO                    |
| Si es asimilado a salarios, señale la clave correspondiente   | Sin Selección         |
| Clave de la Entidad Federativa donde prestó sus servicios   | 15 - Estado de México |
| En caso de que el trabajador haya tenido más de un patrón en el ejercicio, señale el RFC num 1 del otro patrón  |                       |
| En caso de que el trabajador haya tenido más de un patrón en el ejercicio, señale el RFC num 2 del otro patrón  |                       |
| En caso de que el trabajador haya tenido más de un patrón en el ejercicio, señale el RFC num 3 del otro patrón  |                       |
| En caso de que el trabajador haya tenido más de un patrón en el ejercicio, señale el RFC num 4 del otro patrón  |                       |
| En caso de que el trabajador haya tenido más de un patrón en el ejercicio, señale el RFC num 5 del otro patrón  |                       |
| En caso de que el trabajador haya tenido más de un patrón en el ejercicio, señale el RFC num 6 del otro patrón  |                       |
| En caso de que el trabajador haya tenido más de un patrón en el ejercicio, señale el RFC num 7 del otro patrón  |                       |
| En caso de que el trabajador haya tenido más de un patrón en el ejercicio, señale el RFC num 8 del otro patrón  |                       |
| En caso de que el trabajador haya tenido más de un patrón en el ejercicio, señale el RFC num 9 del otro patrón  |                       |
| En caso de que el trabajador haya tenido más de un patrón en el ejercicio, señale el RFC num 10 del otro patrón |                       |
| Monto de las aportaciones voluntarias efectuadas  |                       |
| Indique si el patrón aplicó el monto de las aportaciones voluntarias en el cálculo del                          | NO                    |

0196

*Recibo original*  
*[Signature]*  
 28/03/11

00003359

|  |   |
|--|---|
| Impuesto   |   |
| Monto de las aportaciones voluntarias deducibles para trabajadores que realizarán su declaración | 0 |
| Monto de las aportaciones voluntarias deducibles aplicadas por el patrón                         |   |

### Anexo 1 - Pagos del Patrón Efectuados a sus Trabajadores

|   |        |
|---|--------|
| Sueldos, salarios, rayas y jornales gravado                         | 101479 |
| Sueldos, salarios, rayas y jornales exento                          | 0      |
| Gratificación anual gravado   | 17650  |
| Gratificación anual exento  | 1634   |
| Viáticos y gastos de viaje gravado                                  | 0      |
| Viáticos y gastos de viaje exento                                   | 0      |
| Tiempo extraordinario gravado                                       | 0      |
| Tiempo extraordinario exento  | 0      |
| Prima vacacional gravado  | 1152   |
| Prima vacacional exento   | 817    |
| Prima dominical gravado   | 0      |
| Prima dominical exento  | 0      |
| Participación de los trabajadores en las utilidades (PTU) gravado   | 0      |
| Participación de los trabajadores en las utilidades (PTU) exento    | 0      |
| Reembolso de gastos médicos, dentales y hospitalarios gravado       | 0      |
| Reembolso de gastos médicos, dentales y hospitalarios exento        | 0      |
| Fondo de ahorro gravado   | 0      |
| Fondo de ahorro exento  | 0      |
| Caja de ahorro gravado  | 0      |
| Caja de ahorro exento   | 0      |
| Vales para despensa gravado   | 0      |
| Vales para despensa exento  | 0      |
| Ayuda para gastos de funeral gravado                                | 0      |
| Ayuda para gastos de funeral exento                                 | 0      |
| Contribuciones a cargo del trabajador pagadas por el patrón gravado | 0      |
| Contribuciones a cargo del trabajador pagadas por el patrón exento  | 1766   |
| Premios por puntualidad gravado                                     | 0      |
| Premios por puntualidad exento                                      | 0      |
| Prima de seguro de vida gravado                                     | 0      |
| Prima de seguro de vida exento                                      | 0      |
| Seguro de gastos médicos mayores gravado                            | 0      |
| Seguro de gastos médicos mayores exento                             | 0      |
| Vales para restaurante gravado                                      | 0      |
| Vales para restaurante exento                                       | 0      |

0195

|   |        |
|---|--------|
| Vales para gasolina gravado   |        |
| Vales para gasolina exento  | 0      |
| Vales para ropa gravado   | 0      |
| Vales para ropa exento  | 0      |
| Ayuda para renta gravado  | 0      |
| Ayuda para renta exento   | 0      |
| Ayuda para artículos escolares gravado  | 0      |
| Ayuda para artículos escolares exento   | 0      |
| Dotación o ayuda para anteojos gravado  | 0      |
| Dotación o ayuda para anteojos exento   | 0      |
| Ayuda para transporte gravado   | 0      |
| Ayuda para transporte exento  | 0      |
| Cuotas sindicales pagadas por el patrón gravado   | 0      |
| Cuotas sindicales pagadas por el patrón exento  | 0      |
| Subsidios por incapacidad gravado   | 0      |
| Subsidios por incapacidad exento  | 0      |
| Becas para trabajadores y/o sus hijos gravado   | 0      |
| Becas para trabajadores y/o sus hijos exento  | 0      |
| Pagos efectuados por otros empleadores (sólo si el patrón que declara realizó cálculo anual) gravado                                      |        |
| Pagos efectuados por otros empleadores (sólo si el patrón que declara realizó cálculo anual) exento                                       |        |
| Otros ingresos por salarios gravado   | 0      |
| Otros ingresos por salarios exento  | 924    |
| <b>IMPUESTO SOBRE LA RENTA POR SUELDOS Y SALARIOS</b>   |        |
| Suma del ingreso GRAVADO por sueldos y salarios   | 120281 |
| Suma del ingreso EXENTO por sueldos y salarios  | 5141   |
| Impuesto retenido durante el ejercicio que declara  | 12488  |
| Impuesto retenido por otro(s) patrón(es) durante el ejercicio que declara   |        |
| Saldo a favor determinado en el ejercicio que declara, que el patrón compensará durante el siguiente ejercicio o solicitará su devolución | 0      |
| Saldo a favor del ejercicio anterior no compensado durante el ejercicio que declara   | 0      |
| Suma de las cantidades que por concepto de crédito al salario le correspondió al trabajador   |        |
| Crédito al salario entregado en efectivo al trabajador durante el ejercicio que declara   |        |
| Monto total de ingresos obtenidos por concepto de prestaciones de previsión social  | 924    |
| Suma de ingresos exentos por concepto de prestaciones de previsión social   | 924    |
| Suma de ingresos por sueldos y salarios   | 125422 |
| Monto del impuesto local a los ingresos por sueldos, salarios y en general por la prestación de un servicio personal subordinado retenido | 0      |
| Monto del subsidio para el empleo entregado en efectivo al trabajador durante el ejercicio que declara                                    | 0      |

**Anexo 1 - Impuesto Sobre la Renta (Resumen)**

**00003361**

|  |        |
|--|--------|
| Total de ingresos por sueldos, salarios y conceptos asimilados   | 125422 |
| Ingresos exentos   | 5141   |
| Total de las aportaciones voluntarias deducibles   |        |
| Ingresos no acumulables  | 0      |
| Ingresos acumulables   | 120281 |
| ISR conforme a la tarifa anual   | 0      |
| Subsidio acreditable   |        |
| Subsidio no acreditable  |        |
| Monto del subsidio acreditable fracción III (sólo para 2001)   |        |
| Monto del subsidio acreditable fracción IV (sólo para 2001)  |        |
| Impuesto sobre ingresos acumulables  | 0      |
| Impuesto sobre ingresos no acumulables   | 0      |
| Impuesto sobre la renta causado en el ejercicio que declara  | 0      |
| Impuesto retenido al contribuyente   | 12488  |
| Impuesto local a los ingresos por sueldos, salarios y en general por la prestación de un servicio personal subordinado | 0      |
| Monto del subsidio para el empleo que le correspondió al trabajador durante el ejercicio                               | 0      |

**DATOS DEL RETENEDOR**

|   |  |
|---|--|
| REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES                                  | SCT060306495                               |
| CLAVE ÚNICA DEL REGISTRO DE POBLACIÓN                               |  |
| APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S) O DENONIMACIÓN O RAZÓN SOCIAL | SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES |

**DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL**

|                                       |                          |
|---------------------------------------|--------------------------|
| REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES    |                          |
| CLAVE ÚNICA DEL REGISTRO DE POBLACIÓN |                          |
| APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S) | CALLEJO SILVA OSCAR RAUL |

**FIRMA DEL RETENEDOR O SU REPRESENTANTE LEGAL**

**SELLO DEL RETENEDOR (En caso de tenerlo)**



**FIRMA DEL 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 16/02/2011 y a la que le correspondió el número de folio de operación 52524037, así mismo SI ( ) o NO (x) se realizó el cálculo anual en los términos que establece la ley del LIS

00003362

MetLife®

**CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO  
COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS  
CONTRATANTE: SECRETARIA DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO**

NO. DE POLIZA:

NO. DE CERTIFICADO:

NO. DE FOLIO:

| DATOS DEL ASEGURADO TITULAR Y CONTRATANTE                               |  |  |                        |             |
|---|--|--|------------------------|-------------|
| MARTINEZ NAVA JESUS MARIA<br>SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES |  |  | PRIMA NETA:            | \$ 0.00     |
|   |  |  | RECARGO PAGO FRAC:     | % 0.00      |
|   |  |  | GASTOS EXP. DE POLIZA: | \$ 0.00     |
|   |  |  | SUMA:                  | \$ 0.00     |
|   |  |  | IVA:                   | \$ 0.00     |
|   |  |  | PRIMA ASEGURADO :      | \$ 0.00     |
|   |  |  | PRIMA CONTRATANTE:     | \$ 1,684.32 |

| RELACION DE ASEGURADOS |                 |                        |         |      |   |                        |                              |                        |           |             |
|------------------------|-----------------|------------------------|---------|------|---|------------------------|------------------------------|------------------------|-----------|-------------|
| no de póliza           | Nombre Completo | Fecha de Alta<br>D M A | Estatus | Sexo | E | F. Nacimiento<br>D M A | F. Ingreso a la Colectividad | F. Antigüedad<br>D M A | Parámetro | Prima Talla |
|                        |                 |                        |         |      |   |                        |                              |                        |           |             |

| COBERTURAS                   | SUMA ASEGURADA | DEDUCIBLE | COASEGURO | NIVEL DE TABLA DE PAGO |
|------------------------------|----------------|-----------|-----------|------------------------|
| BASICA                       | SMGM 74        | SMGM 2.00 | \$ 10.00  | SM 55.00               |
| COBERTURA EN EL EXTRANJERO   | SMGM 74        | SMGM 4.00 | \$ 20.00  |                        |
| PREEXISTENCIA                | SMGM 74        | SMGM 2.00 | \$ 10.00  |                        |
| DEPORTES PELIGROSOS          | SMGM 74        | SMGM 2.00 | \$ 10.00  | SM 55.00               |
| *ADECIMIENTOS CONGENITOS     | SMGM 74        | SMGM 2.00 | \$ 10.00  | SM 55.00               |
| RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD |                |           |           |                        |
| AMBULANCIA AEREA             | SMGM 74        | SMGM 2.00 | \$ 20.00  |                        |

"El monto de deducible depende del nivel del hospital en que se presta el servicio. El monto de deducible y coaseguro se encuentra establecido en las Condiciones Generales del Seguro".

**IMPORTANTE**

"Los términos y condiciones del seguro, se encuentran establecidos en las Condiciones Generales del Seguro".  
"Contratada la Cobertura de Potenciación, los términos y condiciones bajo las cuales aplica la Cobertura de Potenciación, se encuentran establecidas en las cláusulas tercera, cuarta y décima de las Condiciones Generales del Seguro".  
"PRIMA ASEGURADO" corresponde a la prima de potenciación y/o ascendientes que de ser contratada por el Asegurado Titular deberá pagar a la Aseguradora quincenalmente a través del descuento por nómina".

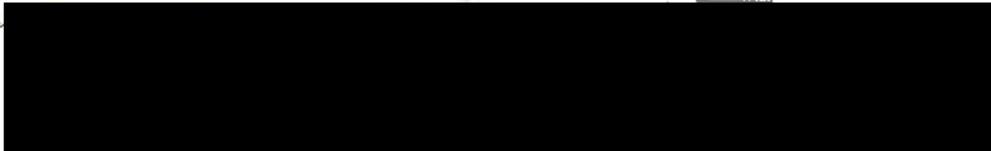
 0192  
METLIFE MÉXICO, S.A.

México, D. F., a 04 de ENERO de 2011

a documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número de fecha 11

# MetLife®

MARTINEZ NAVA JESUS MARIA



INFORMACION DEL SERVIDOR PUBLICO

0191

**Cuidamos lo que amas de la vida.**

BV-2-001

[www.metlife.com.mx](http://www.metlife.com.mx)  
01-800-00 METLIFE (638-5433)

VER.1

00003363



**SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL**

00003384

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES  
CON HOMOCIAVE

FORMATO PARA ELECCIÓN DE  
POTENCIACIÓN (INCREMENTO DE SUMA  
ASEGURADA) Y AUTORIZACIÓN DE  
DESCUENTO EN NÓMINA

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN

**ANTES DE ELEGIR CUALQUIER OPCIÓN LEA CUIDADOSAMENTE TODO EL DOCUMENTO**

**CONSIDERACIONES**

ESTA INFORMACIÓN SE SOLICITA PARA QUE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA QUE GANE LA LICITACIÓN Y BRINDE EL SERVICIO A LOS ASEGURADOS, PAGUE LOS SINIESTROS QUE OCURRAN CON LA SUMA ASEGURADA BÁSICA DE 40 MESES DE PERCEPCIÓN ORDINARIA, MÁS LA POTENCIACIÓN ELEGIDA.

EL PRESENTE FORMATO ES EL ÚNICO A TRAVÉS DEL CUAL SE ELIGE POTENCIACIÓN (INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA) Y SE AUTORIZA EL CORRESPONDIENTE DESCUENTO EN NÓMINA.

ÚNICAMENTE SE DEBERÁ FIRMAR EN UNO DE LOS DOS SUPUESTOS QUE SE PRESENTAN EN ESTE FORMATO; DE LO CONTRARIO, SE INVALIDARÁ Y SE TENDRÁ QUE LLENAR UN NUEVO FORMATO.

LA POTENCIACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO EN NÓMINA SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DEL 1 DE DICIEMBRE DE 2010, EN CASO DE HABER EL O CONTINUIDAD EN LA POTENCIACIÓN; O BIEN, EN LA FECHA SEÑALADA EN LA PARTE INFERIOR DE ESTE FORMATO, EN CASO DE HABER RE LADO LA ELECCIÓN POSTERIORMENTE AL INICIO DE VIGENCIA (1 DE DICIEMBRE DE 2010).

**SUPUESTO 1. ELECCIÓN DE POTENCIACIÓN (INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA) Y AUTORIZACIÓN PARA QUE SE APLIQUEN LOS DESCUENTOS NOMINALES CORRESPONDIENTES.**

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 sea descontado de mi percepción ordinaria, vía nómina.

| POTENCIACIÓN DE LA SUMA ASEGURADA EXPRESADA EN MESES DE SUELDO BRUTO |    |    |
|--|----|----|
| 34   | 51 | 68 |
|  |    | X  |

Marcar con una "X" la opción elegida.  
(Sólo una opción)



SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES  
CENTRO S C Y ESTADO DE MEXICO  
SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN  
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Nombre del Asegurado:

MARTINEZ NAVA JESUS MARIA  
Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)

**SUPUESTO 2. PARA LOS SERVIDORES PÚBLICOS QUE NO DESEAN POTENCIAR (INCREMENTAR LA SUMA ASEGURADA) POR LO TANTO EN ESTE CASO NO SE APLICARÁ NINGUN DESCUENTO NOMINAL POR ESTE CONCEPTO.**

Hago constar que no deseo potenciar (incrementar la suma asegurada).

Estoy enterado que durante el periodo sin potenciación, la suma asegurada de mi Seguro de Vida Institucional es únicamente de 40 meses de percepción ordinaria y es mi deseo así mantenerla.

Nombre del Asegurado:

Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)

FIRMA:

0190

Lugar y fecha TOLUCA, MEX a 01 de DICIEMBRE de 2010.

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

NÚMERO DE EXPEDIENTE

RÉGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES CON HOMOCÍCLAVE

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN

FAVOR DE LLENAR CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE O MÁQUINA DE ESCRIBIR.

CONTRATANTE

SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

NOMBRE DEL ASEGURADO

SUMA ASEGURADA EN MESES

MARTÍNEZ NAVA JESÚS MARÍA

SUMA ASEGURADA BÁSICA : 40 MESES DE LA PERCEPCIÓN ORDINARIA

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

En caso de contratar algún incremento de suma asegurada (34 ó 51 ó 68 meses más de sueldo bruto), la suma asegurada total será entonces la suma de 40 más la opción contratada.

FECHA DE ALTA EN LA DEPENDENCIA O ENTIDAD

02 01 1984

BENEFICIARIO(S) (Esta designación de beneficiarios podrá modificarse en cualquier momento, para lo cual bastará llenar un nuevo formulario al día de darse que esto sea irrevocable. En caso, el titular deberá escribir con su propia letra en el campo correspondiente la siguiente leyenda: "El/los señores que esta designación de beneficiarios sea irrevocable, estoy consciente que no podrá realizarse una nueva designación." y firmar junto a la leyenda.

PARENTESCO

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S) PORCENTAJE

BENEFICIOS ADICIONALES CONTRATADOS, DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LA PÓLIZA: INCAPACIDAD TOTAL O INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL O INVALIDEZ

EXPRESAMENTE OTORGO A LA SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES, MI CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL, QUE CONTRATE CON LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS QUE ME CORRESPONDAN.

ÚNICAMENTE CUANDO EL ASEGURADO NO PUEDA FIRMAR

*[Firma manuscrita]*  
FIRMA DEL ASEGURADO



SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES  
CENTRO S C T ESTADO DE MÉXICO  
SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN  
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

HUELLA DEL PULGAR DERECHO

TESTIGOS ÚNICAMENTE CUANDO EL ASEGURADO NO PUEDA FIRMAR Y HAYA ESTAMPADO SU HUELLA

NOMBRE Y FIRMA TESTIGO

NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 2

Lugar y fecha en que se firma este consentimiento:

Toluca, Mex. a 01 de DICIEMBRE de 2010

ESTE CONSENTIMIENTO Y DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SEA FIRMADO Y ENTREGADO EN RECURSOS HUMANOS Y DEJARÁ SIN EFECTOS A LOS QUE SE HAYAN FIRMADO Y ENTREGADO CON ANTERIORIDAD.

\*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 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 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.



**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. DEL REGLAMENTO DE AFILIACION, VIGENCIA DE DERECHOS Y COBRANZA, SE PRESENTA EL SIGUIENTE:  
**AVISO DE MODIFICACION DEL SUELDO DEL TRABAJADOR**

|  |        |                  |    |  |  |           |               |
|--|--------|------------------|----|--|--|-----------|---------------|
| <b>DATOS DEL TRABAJADOR</b>                |        |                  |    | CLAVE UNICA DE REGISTRO DE IDENTIFICACION (CURP) |  |           |               |
| R.F.C.                                     |        |                  |    | ENTIDAD DE NACIMIENTO                            |  |           |               |
| NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL                 |        |                  |    | [REDACTED]                                       |  |           |               |
| APELLIDO PATERNO                           |        | APELLIDO MATERNO |    | NOMBRE(S)  |  |           |               |
| MARTINEZ                                   |        | NAVA             |    | JESUS MARIA                                      |  |           |               |
| CLAVE DE LA CLASIFICA                      |        |                  |    | [REDACTED]                                       |  |           |               |
| <b>DATOS DEL EMPLEO</b>                    |        |                  |    |  |  |           |               |
| NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD         |        |                  |    | RAMO   |  | PAGADURIA | TELEFONO      |
| SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES |        |                  |    | 00009  |  | 63500     | 722 236 06 20 |
| CLAVE DE GOBIERNO                          |        |                  |    |  |  |           |               |
| 09076350211                                |        |                  |    |  |  |           |               |
| FECHA DE MODIFICACION DEL SUELDO           |        |                  |    | NOMBRAMIENTO                                     |  |           |               |
| DIA 1°                                     | MES 12 | AÑO 2009         | 20 |  |  |           |               |
| SUELDO BASICO DE COBRANZA AL I.S.S.T.E.    |        |                  |    |  |  |           |               |
| \$6,042.46                                 |        |                  |    |  |  |           |               |
| SUELDO BASICO DE APORTACION AL I.S.S.T.E.  |        |                  |    |  |  |           |               |
| \$5,906.46                                 |        |                  |    |  |  |           |               |
| REMUNERACION TOTAL                         |        |                  |    | NIVEL SALARIAL                                   |  |           |               |
| \$6,119.46                                 |        |                  |    | PQ01   |  |           |               |

SELLO

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES  
 CENTRO DE CUERPO DE BUCO  
 SUBDIRECCION DE INVESTIGACION  
 DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS  
 C. ROSA MARIA BERTHA BERRIEL MARTINEZ  
 NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO FACULTADO

I.S.S.S.T.E.  
 DELEGACION EDO. DE MEX.  
 SUBDELEGACION DE PRESTACIONES

JUN. 16 2010

SECRETARIA DE DEPTO.  
 AFILIACION Y VIGENCIA  
 SELLO DE RECEPCION DEL I.S.S.T.E.

1a. COPIA : DEPENDENCIA O ENTIDAD

LEER INSTRUCCIONES AL REVERSO

0188

00003366



**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. DEL REGLAMENTO DE AFILIACION, VIGENCIA DE DERECHOS Y COBRANZA, SE PRESENTA EL SIGUIENTE:  
**AVISO DE MODIFICACION DEL SUELDO DEL TRABAJADOR**

| DATOS DEL TRABAJADOR                       |        |                            |    | CLAVE ÚNICA               |  |
|--|--------|----------------------------|----|---------------------------|--|
| R.F.C.                                     |        | NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL |    | ENTIDAD DE NACIMIENTO     |  |
| APELLIDO PATERNO                           |        | APELLIDO MATERNO           |    | NOMBRE (S)                |  |
| MARTINEZ                                   |        | NAVA                       |    | JESUS MARIA               |  |
| DATOS DEL EMPLEO                           |        |                            |    | CLAVE DE LA CLASIFICACION |  |
| NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD         |        | RAMO                       |    | PAGADURIA                 |  |
| SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES |        | 00009                      |    | 63500                     |  |
| CLAVE DE COBRO                             |        | TELÉFONO                   |    |                           |  |
| 09076350211                                |        | 722 236 06 20              |    |                           |  |
| FECHA DE MODIFICACION DEL SUELDO           |        | COMPLEMENTO                |    |                           |  |
| DIA 1°                                     | MES 12 | AÑO 2009                   | 20 |                           |  |
| SUELDO BÁSICO DE COBRANZA AL I.S.S.S.T.E.  |        |                            |    |                           |  |
| \$6,042.46                                 |        |                            |    |                           |  |
| SUELDO BÁSICO DE APORTACION AL S.A.R.      |        |                            |    |                           |  |
| \$5,906.46                                 |        |                            |    |                           |  |
| REMUNERACION TOTAL                         |        | NIVEL SALARIAL             |    |                           |  |
| \$6,119.46                                 |        | - PQ01                     |    |                           |  |

SELLO  
  
 SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES  
 DELEGACION EDO. DE MEX.  
 SUBDELEGACION DE PRESTACIONES  
 C. ROSARIO GONZALEZ GERRTEL MARTINEZ  
 NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO FACULTADO

I.S.S.S.T.E.  
 DELEGACION EDO. DE MEX.  
 SUBDELEGACION DE PRESTACIONES  
 JUN. 16 2010  
 SUBJEFATURA DE DEPTO.  
 DE AFILIACION Y VIGENCIA  
 CLINICA  
 SELLO DE RECEPCION DEL I.S.S.S.T.E.

2a. COPIA - TRABAJADOR

LEER INSTRUCCIONES AL REVERSO

0187

00003367

Centro SCT Estado de México  
Subdirección de Obras  
Resid. Gral. de Conserv. de Carret.  
Resid. de Conserv. de Carret. 14-2 Toluca  
Of. C.SCT.6.10.416.7.251/10

00003368

Toluca, Méx., mayo 27 de 2010

*Amy  
Luis*

**C. ROSA MA. BERTHA BERRIEL MARTÍNEZ**  
JEFE DEL DEPTO. DE REC. HUMANOS  
DEL CENTRO SCT EDO. DE MÉX.  
P R E S E N T E

En atención al Oficio-Circular No. CSCCT.6.10.411.0419/10 referente a la Declaración de Situación Patrimonial, con la obligación de ser presentada por el suscrito, informo a usted que con esta fecha di atención a lo indicado.

Anexo envío a usted, copia de dicha Declaración, de mi RFC y trámite de la clave FIEL.

ATENTAMENTE  
RESIDENTE DE CONSERVACIÓN  
DE CARRETERAS 14-2 TOLUCA

  
ING. JESÚS MA. MARTÍNEZ NAVA



c.c.p.- Jefe de la Oficina Administrativa de la RGCC del Centro SCT.- Edificio "A"  
Expediente

0186



SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARIA

NO. DE COMPROBACION:

201005271514041000000106345244

R.F.C:

NO. DE CERTIFICADO:

MEXICO, D.F. A 27 DE MAYO DE 2010

C. JESUS MARIA MARTINEZ NAVA  
SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES  
PRESENTE.

DECLARACION DE MODIFICACION PATRIMONIAL 2010 ✓

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 510479.FIR CON CARACTERES DE AUTENTICIDAD 8a 49 2a e0 d6 c7 c1 af b0 11 3f c4 c0 08 4e 79 99 68 78 9e, EL CUAL INCORPORA FIRMA ELECTRONICA, EN SUSTITUCION DE LA AUTOGRAFA Y CON EL MISMO VALOR PROBATORIO.

CARACTERES DE AUTENTICIDAD DEL ACUSE: ee 91 d3 bc 58 2e d1 35 13 e9 b5 d3 20 f9 2b 23 77 e3 1e 49

NUM. 4635643

0185

00003369

**SECRETARIA DE LA FUNCION PUBLICA  
DECLARACION PATRIMONIAL DE LOS SERVIDORES PUBLICOS  
DECLARACION DE MODIFICACION PATRIMONIAL 2010**

[REDACTED]  
**FECHA DE RECEPCION: 27/05/2010**

**C. SECRETARIO DE LA FUNCION PUBLICA:**

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD PRESENTO A USTED MI DECLARACION PATRIMONIAL, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL TITULO TERCERO, CAPITULO UNICO, DE LA LEY FEDERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DE LOS SERVIDORES PUBLICOS.

**DATOS GENERALES DEL DECLARANTE**

RFC / HOMOCLOVE: [REDACTED]  
 NOMBRE(S): MARTINEZ NAVA JESUS MARIA  
 CURP: [REDACTED]  
 CORREO ELECTRÓNICO LABORAL: jmartinn@sct.gob.mx  
 CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL: [REDACTED]  
 ESTADO CIVIL: [REDACTED]  
 PAÍS DONDE NACIÓ: [REDACTED]  
 NACIONALIDAD: [REDACTED]  
 ENTIDAD DONDE NACIÓ: [REDACTED]  
 DOMICILIO: [REDACTED]

**DATOS DEL ENCARGO ACTUAL**

DEPENDENCIA O ENTIDAD: SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES  
 NOMBRE DEL EMPLEO, CARGO O COMISIÓN: RESIDENTE ESPECIALIZADO  
 ÁREA DE ADSCRIPCIÓN: CENTRO S.C.T. MEXICO  
 FUNCIONES PRINCIPALES: LABOR DE SUPERVISION;  
 DOMICILIO: CALLE: IGUALDAD; NÚMERO EXTERIOR: 100; NÚMERO INTERIOR: EDIFICIO "B", 2º PISO; LOCALIDAD O COLONIA: SANTIAGO TLAXOMULCO, JUNTA LOCAL DE CAMINOS; CÓDIGO POSTAL: 50280; ENTIDAD FEDERATIVA: ESTADO DE MEXICO; MUNICIPIO O DELEGACIÓN: TOLUCA; TELÉFONO CON LADA (10 DÍGITOS): 722 2 72 80 12;  
 FECHA DE LA TOMA DE POSESIÓN DEL ENCARGO: 17/06/2003  
 ESTÁS CONTRATADO(A) POR HONORARIOS? NO  
 CLAVE PRESUPUESTAL O EQUIVALENTE: PQ1  
 NIVEL DEL ENCARGO:

**DATOS CURRICULARES DEL DECLARANTE**

**ESCOLARIDAD**

GRADO MÁXIMO DE ESTUDIOS: ESPECIALIDAD EN VIAS TERRESTRES

| NIVEL                                 | UBICACIÓN                                   | NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN                  | CARRERA O ÁREA DE CONOCIMIENTO | ESTATUS    | PERIODOS CURSADOS | DOCUMENTO OBTENIDO |
|---------------------------------------|---|---|--------------------------------|------------|-------------------|--------------------|
| LICENCIATURA                          | Estado:ESTADO DE MEXICO<br>Municipio:TOLUCA | UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MEXICO | INGENIERIA CIVIL               | FINALIZADO |                   | TITULO             |
| OTRO: ESPECIALIDAD EN VIAS TERRESTRES | Estado:ESTADO DE MEXICO<br>Municipio:TOLUCA | UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MEXICO | INGENIERIA CIVIL               | FINALIZADO |                   | CERTIFICADO        |

0184

00003370

**EXPERIENCIA LABORAL**

| SECTOR  | PODER     | ÁMBITO  | INSTITUCIÓN O EMPRESA                      | UNIDAD ADMINISTRATIVA       | PUESTO            | FUNCIÓN PRINCIPAL             | INGRESO - EGRESO  |
|---------|-----------|---------|--|-----------------------------|-------------------|-------------------------------|-------------------|
| PUBLICO | EJECUTIVO | FEDERAL | SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES | CENTRO SCT ESTADO DE MEXICO | RESIDENTE DE OBRA | SUPERVISION Y CONTROL DE OBRA | 01/1984 - 05/2006 |

**INGRESO ANUAL NETO DEL DECLARANTE, CONYUGE, CONCUBINA O CONCUBINARIO Y/O DEPENDIENTES ECONOMICOS**

I. REMUNERACIÓN ANUAL NETA DEL DECLARANTE POR SU CARGO PÚBLICO. (DEDUCE IMPUESTOS). 133545

**OTROS INGRESOS ANUALES NETOS DEL DECLARANTE:**

II.1 POR ACTIVIDAD INDUSTRIAL Y/O COMERCIAL (DEDUCE IMPUESTOS)

II.2 POR ACTIVIDAD FINANCIERA

II.3 POR SERVICIOS PROFESIONALES, PARTICIPACIÓN EN CONSEJOS, CONSULTORÍAS O ASESORÍAS (DEDUCE IMPUESTOS)

II.4 OTROS (DEDUCE IMPUESTOS)

A. INGRESO ANUAL NETO DEL DECLARANTE (SUMA DEL I Y II)

B. INGRESO ANUAL NETO DEL CÓNYUGE, CONCUBINA O CONCUBINARIO Y/O DEPENDIENTES ECONÓMICOS (DEDUCE IMPUESTOS).

C. TOTAL DE INGRESOS ANUALES NETOS DEL DECLARANTE, CÓNYUGE, CONCUBINA O CONCUBINARIO Y/O DEPENDIENTES ECONÓMICOS

133545

**ME DESEMPEÑE COMO SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL OBLIGADO A PRESENTAR DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL EN EL AÑO INMEDIATO, DEL 01/01/2009 AL 31/12/2009**

**BIENES INMUEBLES DEL DECLARANTE, CONYUGE, CONCUBINA O CONCUBINARIO Y/O DEPENDIENTES ECONOMICOS**

| BIENES INMUEBLES DEL DECLARANTE, CONYUGE, CONCUBINA O CONCUBINARIO Y/O DEPENDIENTES ECONOMICOS | TIPO DE OBRA | DOMICILIO | SUP. TERRENO EN M2 | SUP. CONSTRUCCIÓN EN M2 | FORMA DE OPERACIÓN | FECHA | REGISTRO PUBLICO DE LA PROPIEDAD | TITULAR | VALOR |
|--|--------------|-----------|--------------------|-------------------------|--------------------|-------|----------------------------------|---------|-------|
| [REDACTED]   |              |           |                    |                         |                    |       |                                  |         |       |

**VEHICULOS AUTOMOTORES AERONAVES Y EMBARCACIONES DEL DECLARANTE, CONYUGE, CONCUBINA O CONCUBINARIO Y/O DEPENDIENTES ECONOMICOS**

| MARCA      | TIPO | MODELO | SERIE | LUGAR DE REGISTRO | FORMA DE ADQUISICIÓN | FECHA |
|------------|------|--------|-------|-------------------|----------------------|-------|
| [REDACTED] |      |        |       |                   |                      |       |

**VEHICULOS CON SINIESTRO DEL DECLARANTE, CONYUGE, CONCUBINA O CONCUBINARIO Y/O DEPENDIENTES ECONOMICOS (Ninguno)**

**OTROS BIENES MUEBLES DEL DECLARANTE, CONYUGE, CONCUBINA O CONCUBINARIO Y/O DEPENDIENTES ECONOMICOS**

| TIPO DE BIEN | DESCRIPCIÓN DEL BIEN | FORMA DE OPERACIÓN | FECHA | VALOR DE LA OPERACIÓN | TITULAR |
|--------------|----------------------|--------------------|-------|-----------------------|---------|
| [REDACTED]   |                      |                    |       |                       |         |

**INVERSIONES, CUENTAS BANCARIAS Y OTRO TIPO DE VALORES DEL DECLARANTE, CONYUGE, CONCUBINA O CONCUBINARIO Y/O DEPENDIENTES ECONOMICOS**

| TIPO DE INVERSIÓN | NÚMERO DE CUENTA O CONTRATO | LOCALIZADA | INSTITUCIÓN | TITULAR | SALDO |
|-------------------|-----------------------------|------------|-------------|---------|-------|
| [REDACTED]        |                             |            |             |         |       |

**ADEUDOS DEL DECLARANTE, CONYUGE, CONCUBINA O CONCUBINARIO Y/O DEPENDIENTES ECONOMICOS**

| TIPO DE ADEUDO | NÚMERO DE CUENTA | INSTITUCIÓN | LOCALIZADA | FECHA DE OTORGAMIENTO | MONTO ORIGINAL DEL SALDO ADEUDO | MONTO PAGOS REALIZADOS | TITULAR |
|----------------|------------------|-------------|------------|-----------------------|---------------------------------|------------------------|---------|
| [REDACTED]     |                  |             |            |                       |                                 |                        |         |

0182

00003372



**DATOS DEL CONYUGE, CONCUBINA O CONCUBINARIO Y/O DEPENDIENTES ECONOMICOS**

| DEPENDIENTE | PARENTESCO | DOMICILIO | ¿ES DEPENDIENTE ECONÓMICO? | ¿SE HA DESEMPEÑADO EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA? | CURP: |
|-------------|------------|-----------|----------------------------|--|-------|
|             |            |           |                            |  |       |
|             |            |           |                            |  |       |
|             |            |           |                            |  |       |
|             |            |           |                            |  |       |
|             |            |           |                            |  |       |

**SI ESTOY DE ACUERDO EN HACER PUBLICOS MIS DATOS PATRIMONIALES**

**OBSERVACIONES Y ACLARACIONES**

*(Ninguna)*

0181

00003373

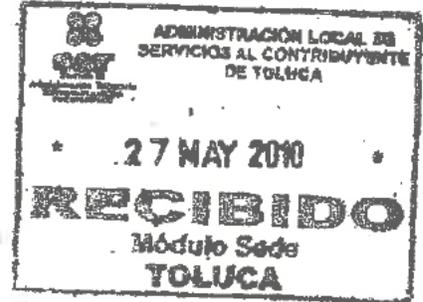
00003374

OK



SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO

### Servicio de Administración Tributaria



ADMINISTRACION LOCAL TOLUCA A 27 DE MAYO DE 2010

### COMPROBANTE DE SOLICITUD DE REVOCACIÓN DE CERTIFICADO DIGITAL

NÚMERO DE OPERACIÓN: 100500161208

EL SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA CERTIFICA QUE EL CONTRIBUYENTE: **JESUS MARIA MARTINEZ NAVA** CON RFC: [REDACTED]; ENTREGÓ UN DOCUMENTO SOLICITANDO LA REVOCACIÓN DE SU CERTIFICADO DIGITAL DE FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA CON NÚMERO DE SERIE: [REDACTED]

LO ANTERIOR EN VIRTUD DE QUE NO CUENTA CON SU CONTRASEÑA DE REVOCACIÓN.

ASIMISMO, QUE SE APLICÓ EL PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN PARA PODER REALIZAR ESTE TRÁMITE.

FIRMA DE CONFORMIDAD  
NOMBRE: JESUS MARIA MARTINEZ NAVA  
RFC: [REDACTED]

ADMINISTRACION LOCAL TOLUCA

NOTA: PARA OBTENER UN NUEVO CERTIFICADO DIGITAL, SERÁ NECESARIO SOLICITAR UNA CITA CON EL CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA, Y ACUDIR A LA MISMA CON LA DOCUMENTACIÓN QUE SE LE INDIQUE. PARA MAYOR INFORMACIÓN VISITE LA PÁGINA DE INTERNET DEL SAT ([www.sat.gob.mx](http://www.sat.gob.mx)), EN LA SECCIÓN e-SAT, EN EL APARTADO DE "FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA (TU FIRM@)".

00003373



Servicio de Administración Tributaria



ADMINISTRACION LOCAL TOLUCA A 27 DE MAYO DE 2010

COMPROBANTE DE INSCRIPCIÓN PARA LA FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA

NÚMERO DE OPERACIÓN: 100500161212

EL SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA CERTIFICA QUE EL CONTRIBUYENTE: **JESUS MARIA MARTINEZ NAVA**

CON RFC: [REDACTED], ENTREGÓ UN ARCHIVO DE REQUERIMIENTO QUE CONTIENE LA SOLICITUD PARA LA GENERACIÓN DE SU CERTIFICADO DE FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA.

LLEVÓ A CABO SU ACREDITACIÓN DE IDENTIDAD, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS PÁRRAFOS 6, 8 Y ÚLTIMO DEL ARTICULO 17-D DEL CÓDIGO FISCAL DE LA FEDERACIÓN, PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL DÍA 5 DE ENERO 2004.

ASIMISMO, QUE COMO RESULTADO DEL PROCESO SE LE HACE ENTREGA DE UN ARCHIVO QUE CONTIENE SU SU CERTIFICADO DIGITAL CON NÚMERO DE SERIE: [REDACTED] Y LLAVE PÚBLICA: [REDACTED]



*[Handwritten Signature]*  
FIRMA DE CONFORMIDAD  
NOMBRE: JESUS MARIA MARTINEZ NAVA  
RFC: MANJ570528U87

ADMINISTRACION LOCAL TOLUCA

NOTA: PARA DESCARGAR POSTERIORMENTE SU CERTIFICADO DIGITAL, SI ASI LO REQUIERE, DEBERÁ ACCEDER A LA PÁGINA DE INTERNET DEL SAT ([www.sat.gob.mx](http://www.sat.gob.mx)), EN LA SECCIÓN e-SAT, APARTADO "FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA (TU FIRM@)".

EL RESGUARDO DE LOS ARCHIVOS DE LA CLAVE PRIVADA Y DEL CERTIFICADO DIGITAL GENERADO, ASÍ COMO, LA SELECCIÓN DEL MEDIO DE ALMACENAMIENTO DE LOS MISMOS, ES RESPONSABILIDAD DE LA PERSONA TITULAR DE LA FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA.

0179

00003376



REGISTRO NACIONAL DE POBLACION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

Esta Clave Unica de Registro de Población, se expide con base en los datos que identifican su Documento Probatorio.

CLAVE



NOMBRE

JESUS MARIA MARTINEZ NAVA

FECHA DE INSCRIPCION

1997/10/11

FOLIO

003265193



ACUSE

SERVICIO POSTAL MEXICANO SUPLE 6.P.M.78 R registrado

**CORRESPONDENCIA REGISTRADA**

REMITENTE:  
REGISTRO NACIONAL DE POBLACION  
ALBAÑILES S/N ESQ. EDUARDO MOLINA  
COL. PENITENCIARIA, VENUSTIANO CARRANZA  
C.P. 15280 MÉXICO D.F.

DESTINATARIO:

FOLIO: 003265193

NOMBRE NAVA  
NOMBRE: JESUS MARIA  
FECHA: 1997/10/11

FIRMA DE RECIBIDO *[Signature]*

PAQUETE: AL

REVERSO

DE SPRENDER ACUSE

ANVERSO

16

JCC. AK-

0178

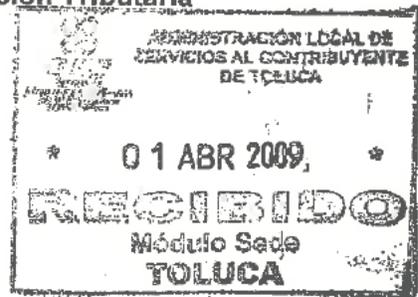
00003377

DK



SECRETARÍA  
DE  
HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO

### Servicio de Administración Tributaria



ADMINISTRACION LOCAL TOLUCA A 01 DE ABRIL DE 2009

### COMPROBANTE DE INSCRIPCIÓN PARA LA FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA

NÚMERO DE OPERACIÓN: 090400004848

EL SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA CERTIFICA QUE EL CONTRIBUYENTE: **JESUS MARIA MARTINEZ NAVA** CON RFC: [REDACTED], ENTREGÓ UN ARCHIVO DE REQUERIMIENTO QUE CONTIENE LA SOLICITUD PARA LA GENERACIÓN DE SU CERTIFICADO DE FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA.

LLEVÓ A CABO SU ACREDITACIÓN DE IDENTIDAD, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS PÁRRAFOS 6, 8 Y ÚLTIMO DEL ARTÍCULO 17-D DEL CÓDIGO FISCAL DE LA FEDERACIÓN, PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN EL DÍA 5 DE ENERO 2004.

ASIMISMO, QUE COMO RESULTADO DEL PROCESO SE LE HACE ENTREGA DE UN ARCHIVO QUE CONTIENE SU SU CERTIFICADO DIGITAL CON NÚMERO DE SERIE: [REDACTED] Y LLAVE PÚBLICA: [REDACTED]



Celia V  
16/Abril/2010  
14:00 horas

FIRMA DE CONFORMIDAD  
NOMBRE: JESUS MARIA MARTINEZ NAVA



ADMINISTRACION LOCAL TOLUCA

0177

NOTA: PARA DESCARGAR POSTERIORMENTE SU CERTIFICADO DIGITAL, SI ASÍ LO REQUIERE, DEBERÁ ACCEDER A LA PÁGINA DE INTERNET DEL SAT ([www.sat.gob.mx](http://www.sat.gob.mx)), EN LA SECCIÓN e-SAT, APARTADO "FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA (TU FIRM@)".

EL RESGUARDO DE LOS ARCHIVOS DE LA CLAVE PRIVADA Y DEL CERTIFICADO DIGITAL GENERADO, ASÍ COMO, LA SELECCIÓN DEL MEDIO DE ALMACENAMIENTO DE LOS MISMOS, ES RESPONSABILIDAD DE LA PERSONA TITULAR DE LA FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA.

00003378

**CONSTANCIA DE SUELDOS, SALARIOS, CONCEPTOS ASIMILADOS,  
CRÉDITO AL SALARIO Y SUBSIDIO PARA EL EMPLEO (INCLUYE  
INGRESOS POR ACCIONES)**

**Anexo 1 - Identificación del Trabajador**

|   |                       |
|---|-----------------------|
| Mes inicial   | 01                    |
| Mes final   | 12                    |
| Ejercicio   | 2009                  |
| Registro federal de contribuyentes  |                       |
| Clave única de registro de población  |                       |
| Apellido Paterno  | MARTINEZ              |
| Apellido Materno  | NAVA                  |
| Nombre(s)   | JESUS MARIA           |
| Area geográfica del salario mínimo  | Area C                |
| Indique si el patrón realizó cálculo anual  | SI                    |
| Tarifa utilizada: del ejercicio que declara   | SI                    |
| Tarifa utilizada: 1991 actualizada  | NO                    |
| <b>PROPORCIÓN DEL SUBSIDIO</b>  |                       |
| Proporción del subsidio calculada conforme a las disposiciones vigentes en el ejercicio que declara             |                       |
| Proporción del subsidio calculada conforme a las disposiciones vigentes en 1991                                 |                       |
| Proporción del subsidio aplicada  |                       |
| Indique si el trabajador es sindicalizado   | NO                    |
| Si es asimilado a salarios, señale la clave correspondiente   | Sin Selección         |
| Clave de la Entidad Federativa donde prestó sus servicios   | 15 - Estado de México |
| En caso de que el trabajador haya tenido más de un patrón en el ejercicio, señale el RFC num 1 del otro patrón  |                       |
| En caso de que el trabajador haya tenido más de un patrón en el ejercicio, señale el RFC num 2 del otro patrón  |                       |
| En caso de que el trabajador haya tenido más de un patrón en el ejercicio, señale el RFC num 3 del otro patrón  |                       |
| En caso de que el trabajador haya tenido más de un patrón en el ejercicio, señale el RFC num 4 del otro patrón  |                       |
| En caso de que el trabajador haya tenido más de un patrón en el ejercicio, señale el RFC num 5 del otro patrón  |                       |
| En caso de que el trabajador haya tenido más de un patrón en el ejercicio, señale el RFC num 6 del otro patrón  |                       |
| En caso de que el trabajador haya tenido más de un patrón en el ejercicio, señale el RFC num 7 del otro patrón  |                       |
| En caso de que el trabajador haya tenido más de un patrón en el ejercicio, señale el RFC num 8 del otro patrón  |                       |
| En caso de que el trabajador haya tenido más de un patrón en el ejercicio, señale el RFC num 9 del otro patrón  |                       |
| En caso de que el trabajador haya tenido más de un patrón en el ejercicio, señale el RFC num 10 del otro patrón |                       |
| Monto de las aportaciones voluntarias efectuadas  |                       |
| Indique si el patrón aplicó el monto de las aportaciones voluntarias en el cálculo del impuesto                 |                       |
| Monto de las aportaciones voluntarias deducibles para trabajadores que realizarán su declaración                |                       |
| Monto de las aportaciones voluntarias deducibles aplicadas por el patrón  |                       |

0176  
Recibi Original  
14-Dic-2010  
Cruzado

00003373

## Anexo 1 - Pagos del Patrón Efectuados a sus Trabajadores

|   |        |
|---|--------|
| Sueldos, salarios, rayas y jornales gravado                         | 101867 |
| Sueldos, salarios, rayas y jornales exento                          | 0      |
| Gratificación anual gravado   | 15926  |
| Gratificación anual exento  | 1559   |
| Viáticos y gastos de viaje gravado                                  | 0      |
| Viáticos y gastos de viaje exento                                   | 0      |
| Tiempo extraordinario gravado                                       | 0      |
| Tiempo extraordinario exento  | 0      |
| Prima vacacional gravado  | 1147   |
| Prima vacacional exento   | 822    |
| Prima dominical gravado   | 0      |
| Prima dominical exento  | 0      |
| Participación de los trabajadores en las utilidades (PTU) gravado   | 0      |
| Participación de los trabajadores en las utilidades (PTU) exento    | 0      |
| Reembolso de gastos médicos, dentales y hospitalarios gravado       | 0      |
| Reembolso de gastos médicos, dentales y hospitalarios exento        | 0      |
| Fondo de ahorro gravado   | 0      |
| Fondo de ahorro exento  | 0      |
| Caja de ahorro gravado  | 0      |
| Caja de ahorro exento   | 0      |
| Vales para despensa gravado   | 0      |
| Vales para despensa exento  | 0      |
| Ayuda para gastos de funeral gravado                                | 0      |
| Ayuda para gastos de funeral exento                                 | 0      |
| Contribuciones a cargo del trabajador pagadas por el patrón gravado | 0      |
| Contribuciones a cargo del trabajador pagadas por el patrón exento  | 1850   |
| Premios por puntualidad gravado                                     | 0      |
| Premios por puntualidad exento                                      | 0      |
| Prima de seguro de vida gravado                                     | 0      |
| Prima de seguro de vida exento                                      | 0      |
| Seguro de gastos médicos mayores gravado                            | 0      |
| Seguro de gastos médicos mayores exento                             | 0      |
| Vales para restaurante gravado                                      | 0      |
| Vales para restaurante exento                                       | 0      |
| Vales para gasolina gravado   | 0      |
| Vales para gasolina exento  | 0      |
| Vales para ropa gravado   | 0      |
| Vales para ropa exento  | 0      |
| Ayuda para renta gravado  | 0      |
| Ayuda para renta exento   | 0      |
| Ayuda para artículos escolares gravado                              | 0      |

0175

|   |        |
|---|--------|
| Ayuda para artículos escolares exento   | 0      |
| Dotación o ayuda para anteojos gravado  | 0      |
| Dotación o ayuda para anteojos exento   | 0      |
| Ayuda para transporte gravado   | 0      |
| Ayuda para transporte exento  | 0      |
| Cuotas sindicales pagadas por el patrón gravado   | 0      |
| Cuotas sindicales pagadas por el patrón exento  | 0      |
| Subsidios por incapacidad gravado   | 0      |
| Subsidios por incapacidad exento  | 0      |
| Becas para trabajadores y/o sus hijos gravado   | 0      |
| Becas para trabajadores y/o sus hijos exento  | 0      |
| Pagos efectuados por otros empleadores (sólo si el patrón que declara realizó cálculo anual) gravado  |        |
| Pagos efectuados por otros empleadores (sólo si el patrón que declara realizó cálculo anual) exento   | *      |
| Otros ingresos por salarios gravado   | 0      |
| Otros ingresos por salarios exento  | 10374  |
| <b>IMPUESTO SOBRE LA RENTA POR SUELDOS Y SALARIOS</b>   |        |
| Suma del ingreso GRAVADO por sueldos y salarios   | 118940 |
| Suma del ingreso EXENTO por sueldos y salarios  | 14805  |
| Impuesto retenido durante el ejercicio que declara  | 12334  |
| Impuesto retenido por otro(s) patrón(es) durante el ejercicio que declara   |        |
| Saldo a favor determinado en el ejercicio que declara, que el patrón compensará durante el siguiente ejercicio o solicitará su devolución   | 0      |
| Saldo a favor del ejercicio anterior no compensado durante el ejercicio que declara   | 0      |
| Suma de las cantidades que por concepto de crédito al salario le correspondió al trabajador   |        |
| Crédito al salario entregado en efectivo al trabajador durante el ejercicio que declara   |        |
| Monto total de ingresos obtenidos por concepto de prestaciones de previsión social  | 10374  |
| Suma de ingresos exentos por concepto de prestaciones de previsión social   | 10374  |
| Suma de ingresos por sueldos y salarios   | 133545 |
| Monto del impuesto local a los ingresos por sueldos, salarios y en general por la prestación de un servicio personal subordinado o retenido | 0      |
| Monto del subsidio para el empleo entregado en efectivo al trabajador durante el ejercicio que declara                                      | 0      |

### Anexo 1 - Impuesto Sobre la Renta (Resumen)

|  |        |
|--|--------|
| Total de ingresos por sueldos, salarios y conceptos asimilados | 133545 |
| Ingresos exentos   | 14805  |
| Total de las aportaciones voluntarias deducibles               |        |
| Ingresos no acumulables  | 0      |
| Ingresos acumulables   | 118940 |
| ISR conforme a la tarifa anual                                 | 0      |
| Subsidio acreditable   | 0      |
| Subsidio no acreditable  | 0      |
| Monto del subsidio acreditable fracción III (sólo para 2001)   | 0      |

|  |          |
|--|----------|
| Monto del subsidio acreditable fracción IV (sólo para 2001)  | 00003381 |
| Impuesto sobre ingresos acumulables  | 0        |
| Impuesto sobre ingresos no acumulables   | 0        |
| Impuesto sobre la renta causado en el ejercicio que declara  | 0        |
| Impuesto retenido al contribuyente   | 12334    |
| Impuesto local a los ingresos por sueldos, salarios y en general por la prestación de un servicio personal subordinado | 0        |
| Monto del subsidio para el empleo que le correspondió al trabajador durante el ejercicio                               | 0        |

| DATOS DEL RETENEDOR   |  |
|---|--|
| REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES                                  | SCT060306495                               |
| CLAVE ÚNICA DEL REGISTRO DE POBLACIÓN                               |  |
| APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S) O DENONIMACIÓN O RAZÓN SOCIAL | SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES |
| DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL                                       |  |
| REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES                                  |  |
| CLAVE ÚNICA DEL REGISTRO DE POBLACIÓN                               |  |
| APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)                               | CALLEJO SILVA OSCAR RAUL                   |

FIRMA DEL RETENEDOR O SU REPRESENTANTE LEGAL

SELLO DEL RETENEDOR (En caso de tenerlo)



SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES  
 CENTRO S.C.T. ESTADO DE MEXICO  
 SUBDIRECCION DE ADMINISTRACION  
 DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

FIRMA DEL 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 22/03/2010 y a la que le correspondió el número de folio de operación 51694072, así mismo, SI ( ) o NO(X) se realizó el cálculo anual en los términos que establece la ley de LISR \*

# MetLife®

MARTINEZ NAVA JESUS MARIA



**Cuidamos lo que amas de la vida.**

BV-2-001

[www.metlife.com.mx](http://www.metlife.com.mx)  
01-800-00 METLIFE (638-5433)

VER

00003382

0172

**CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO  
COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS  
CONTRATANTE: SECRETARIA DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO**

00003333 **MetLife®**

NO. DE POLIZA:

NO. DE CERTIFICADO:

NO. DE FOLIO:

| DATOS DEL ASEGURADO TITULAR   |  |  |                        |             |
|---|--|--|------------------------|-------------|
| MARTINEZ NAVA JESUS MARIA ✓<br>SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES |  |  | PRIMA NETA:            | \$ 0.00     |
|   |  |  | RECARGO PAGO FRAC:     | % 0.00      |
|   |  |  | GASTOS EXP. DE POLIZA: | \$ 0.00     |
|   |  |  | SUMA:                  | \$ 0.00     |
|   |  |  | IVA:                   | \$ 0.00     |
|   |  |  | PRIMA ASEGURADO :      | \$ 0.00     |
|   |  |  | PRIMA CONTRATANTE:     | \$ 6,930.65 |

| RELACION DE ASEGURADOS |                 |               |   |   |         |      |               |   |   |                              |               |   |   |            |              |
|------------------------|-----------------|---------------|---|---|---------|------|---------------|---|---|------------------------------|---------------|---|---|------------|--------------|
| Número de Certificado  | Nombre Completo | Fecha de Alta |   |   | Estatus | Sexo | F. Nacimiento |   |   | F. Ingreso a la Colectividad | F. Antigüedad |   |   | Parentesco | Prima Tarifa |
|                        |                 | D             | M | A |         |      | D             | M | A |                              | D             | M | A |            |              |
| [REDACTED]             |                 |               |   |   |         |      |               |   |   |                              |               |   |   |            |              |

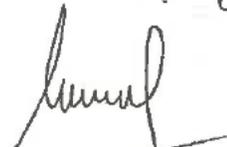
| COBERTURAS                   | SUMA ASEGURADA | DEDUCIBLE | COASEGURO | REDES DE ATENCION |
|------------------------------|----------------|-----------|-----------|-------------------|
| BASICA                       | SMGN 74        | SMGN 2.00 | \$ 10.00  | SM 55.00          |
| COBERTURA EN EL EXTRANJERO   | SMGN 74        | SMGN 4.00 | \$ 20.00  |                   |
| PREEXISTENCIA                | SMGN 74        | SMGN 2.00 | \$ 10.00  |                   |
| DEPORTES PELIGROSOS          | SMGN 74        | SMGN 2.00 | \$ 10.00  | SK 55.00          |
| PARCERIAS CONGÉNITAS         | SMGN 74        | SMGN 2.00 | \$ 10.00  | SK 55.00          |
| RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD |                |           |           |                   |
| AMBULANCIA AEREA             | SMGN 74        | SMGN 2.00 | \$ 20.00  |                   |

\*El monto de deducible depende del nivel del hospital en que se preste el servicio. El monto de deducible y coaseguro se encuentra establecido en las Condiciones Generales del Seguro\*.

**IMPORTANTE**

"Los términos y condiciones del seguro, se encuentran establecidos en las Condiciones Generales del Seguro".  
 "Contratada la Cobertura de Potenciación, los términos y condiciones bajo las cuales aplica la Cobertura de Potenciación, se encuentran establecidas en las cláusulas tercera, cuarta y décima de las Condiciones Generales del Seguro".  
 "PRIMA ASEGURADO" corresponde a la prima de potenciación y/o ascendientes que de ser contratada por el Asegurado Titular deberá pagar a la Aseguradora quincenalmente a través del descuento por nómina".

0171

  
METLIFE MÉXICO, S.A.

México, D. F., a 07 de ENERO de 2010

MetLife México S.A., Boulevard Manuel Ávila Camacho No. 32, Pisos SKL, 14. a 20 y PH, Col. Lomas de Chapultepec, C.P. 11000, Delegación Miguel Hidalgo, México, D.F. Tel. 5328-7000, Lada sin costo 01-800-00-MetLife (638-5433)

# Consentimiento para ser Asegurado y designacion de Beneficiarios

Del seguro contratados por los Poderes de la Unión en favor de los Servidores Públicos.

00003384



Folio AA 654185

### Suma Asegurada

La que esté en vigor a la fecha del siniestro, de acuerdo con el contrato respectivo.

Favor de leer cuidadosamente este documento y llenar claramente con letra de molde y bolígrafo con tinta negra o azul.

### Datos del Asegurado

Apellido paterno: MARTINEZ      Apellido materno: NAVA      Nombre(s): JESÚS MARIA

R.F.C. [Redacted]      Dependencia en que labora: SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

C.U.R.P. [Redacted]      Unidad administrativa: CONTIN S.C.T MEXICO      Domicilio de la unidad administrativa: IGUALDAD 4100 SAHAGUN TLAZAVUJO TOLUCA

Expresamente otorgo a MetLife México, S.A., mi consentimiento para ser Asegurado durante la vigencia del correspondiente contrato de seguro, así como de aquél(los) que en el futuro llegue a concertar en mi favor el contratante de esta póliza y para aquél(los) beneficio(s) adicional(es) o incremento(s) de Suma Asegurada que se concerte(n) en mi favor.

**Designación de beneficiarios:** Para el caso en que sea una persona distinta al propio Asegurado, así como para aquél(los) seguro(s) que en el futuro se concerte(n) en su favor, incluyendo la(s) contratación(es) de beneficios adicional(es) o incremento(s) de Suma Asegurada, se recomienda al Asegurado que haga su designación en forma sencilla, anotando el nombre completo de cada uno de sus beneficiarios.

**Advertencias:** En el caso de que se desee nombrar 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 deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como instrumento adecuado para tales designaciones. La 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 sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

### Beneficiarios (Nombre y Apellidos)

[Redacted area for beneficiaries]

Ciudad / Estado: [Redacted]      Fecha: 12 / 11 / 09

MetLife México, S.A., pagará la Suma Asegurada que correspondiere, de acuerdo con los términos del respectivo contrato de seguro, a los beneficiarios que consten en la última designación que obre en su poder, quedando liberada de toda responsabilidad si, posteriormente a dicho pago, recibe nueva designación de beneficiarios.

### Sello de recepción

De la oficina de adscripción del Trabajador.



[Handwritten signature and stamp 0170]

**Firma del Asegurado** (Favor de no salirse del recuadro)  
Si el Asegurado no sabe o no puede firmar, deberá poner su huella digital de acuerdo con las instrucciones del reverso.

"Este documento y la nota técnica que lo fundamenta, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 36-B y 36-A de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, por Oficios, No. 06-367-I-1.1/9720 del 30 de abril de 1997, Expediente 732.1(S-38)/1 y No. de Registro DSP-125/97 del 22 de mayo de 1997, respectivamente".

Dependencia

**CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO  
COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS  
CONTRATANTE: SECRETARIA DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO**



03385

NO. DE POLIZA:

NO. DE CERTIFICADO:

NO. DE FOLIO:

| DATOS DEL ASEGURADO TITULAR   |  |  | PRIMA NETA:            |             |
|---|--|--|------------------------|-------------|
| MARTINEZ NAVA JESUS MARIA<br>SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES |  |  | \$                     | 0.00        |
|   |  |  | RECARGO PAGO FRAC:     | % 0.00      |
|   |  |  | GASTOS EXP. DE POLIZA: | \$ 0.00     |
|   |  |  | SUMA:                  | \$ 0.00     |
|   |  |  | IVA:                   | \$ 0.00     |
|   |  |  | PRIMA ASEGURADO :      | \$ 0.00     |
|   |  |  | PRIMA CONTRATANTE:     | \$ 1,706.90 |

| RELACION DE ASEGURADOS |                 |                        |         |      |   |                        |                              |                        |            |              |
|------------------------|-----------------|------------------------|---------|------|---|------------------------|------------------------------|------------------------|------------|--------------|
| Número de Certificado  | Nombre Completo | Fecha de Alta<br>D M A | Estatus | Sexo | E | F. Nacimiento<br>D M A | F. Ingreso a la Colectividad | F. Antigüedad<br>D M A | Parentesco | Prima Tarifa |
|                        |                 |                        |         |      |   |                        |                              |                        |            |              |

| COBERTURAS                   | SUMA ASEGURADA | DEDUCIBLE | COASEGURO | NIVEL DE TARIFA DE UCL |
|------------------------------|----------------|-----------|-----------|------------------------|
| BASICA                       | SMGN 74        | SMGN 2.00 | \$ 10.00  | SR 55.00               |
| COBERTURA EN EL EXTRANJERO   | SMGN 74        | SMGN 4.00 | \$ 20.00  |                        |
| PREEXISTENCIA                | SMGN 74        | SMGN 2.00 | \$ 10.00  |                        |
| DEPORTES PELIGROSOS          | SMGN 74        | SMGN 2.00 | \$ 10.00  | SM 55.00               |
| PADECIMIENTOS CONGENITOS     | SMGN 74        | SMGN 2.00 | \$ 10.00  | SM 55.00               |
| RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD |                |           |           |                        |
| AMBULANCIA AEREA             | SMGN 74        | SMGN 2.00 | \$ 20.00  |                        |

\*El monto de deducible depende del nivel del hospital en que se presta el servicio. El monto de deducible y coaseguro se encuentra establecido en las Condiciones Generales del Seguro\*.

| IMPORTANTE   |   |
|--|---|
| <p>"Los términos y condiciones del seguro, se encuentran establecidos en las Condiciones Generales del Seguro".<br/>"Contratada la Cobertura de Potenciación, los términos y condiciones bajo las cuales aplica la Cobertura de Potenciación, se encuentran establecidas en las cláusulas tercera, cuarta y décima de las Condiciones Generales del Seguro".<br/>"PRIMA ASEGURADO" corresponde a la prima de potenciación y/o ascendientes que de ser contratada por el Asegurado Titular deberá pagar a la Aseguradora quincenalmente a través del descuento por nómina".</p> | <p>0169</p> <br>METLIFE MÉXICO, S.A. |

México, D. F., a 04 de NOVIEMBRE de 2009

MetLife México S.A., Boulevard Manuel Ávila Camacho No. 32, Piso SKL, 14 a 20 y PH, Col. Lomas de Chapultepec, C.P. 11000, Delegación Miguel Hidalgo, México, D.F. Tel. 5328-7000, Lada sin costo 01-800-00-MetLife (638-5433)

00003386

**MetLife** 

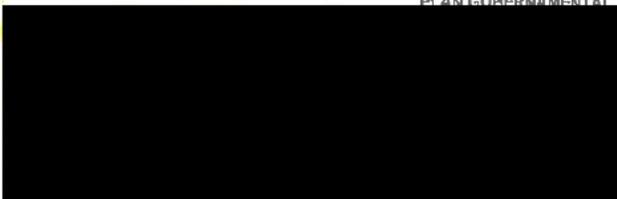
GASTOS MÉDICOS MAYORES **MédicaLife**  
PLAN GUBERNAMENTAL

NOMBRE: MARTINEZ NAVA JESUS MARIA



**MetLife** 

GASTOS MÉDICOS MAYORES **MédicaLife**  
PLAN GUBERNAMENTAL



**MetLife** 

GASTOS MÉDICOS MAYORES **MédicaLife**  
PLAN GUBERNAMENTAL



0168





SECRETARIA DE LA FUNCION PUBLICA

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARIA  
NO. DE COMPROBACION: 200906251007124998799  
R.F.C: [REDACTED]  
NO. DE CERTIFICADO: [REDACTED]

MEXICO, D.F. A 25 DE JUNIO DE 2009

C. JESUS MARIA MARTINEZ NAVA  
SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES  
PRESENTE.

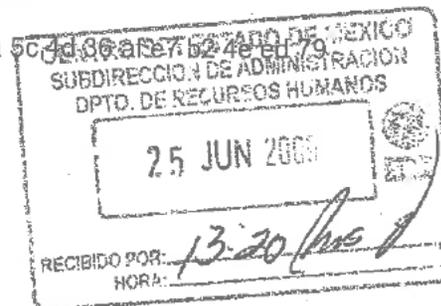
DECLARACION DE MODIFICACION PATRIMONIAL 2009

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 206038.FIR CON CARACTERES DE AUTENTICIDAD 3b 67 68 d2 b8 5e 2e e0 e3 17 cc 9d 9b 89 ac 3f d6 e9 f1 33, 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: a3 e0 33 58 07 8f ea 7e cb 06 5a



0166

00003388

"2009. Año de la Reforma Liberal"  
Centro SCT Estado de México  
Subdirección de Obras  
Resid. Gral. de Conserv. de Carret.  
Resid. de Conserv. de Carret. 14-2 Toluca  
Of. SCT.6.10.416.7.344



00003339

Toluca, Méx., junio 25 de 2009

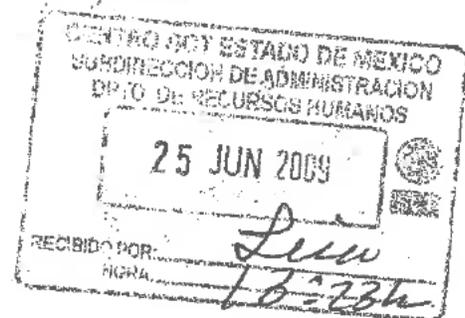
**C. ROSA MA. BERTHA BERRIEL MARTÍNEZ**  
JEFE DEL DEPTO. DE REC. HUMANOS  
DEL CENTRO SCT EDO. DE MÉX.  
P R E S E N T E

En atención al Oficio-Circular No. CSCT.6.10.411.0379/09 referente a la Declaración de Modificación Patrimonial, con la obligación de ser presentada por el suscrito, informo a usted que con esta fecha di atención a lo indicado.

Anexo envío a usted, copia de dicha Declaración.

ATENTAMENTE  
RESIDENTE DE CONSERVACIÓN  
DE CARRETERAS 14-2 TOLUCA

ING. JESÚS MA. MARTÍNEZ NAVA



c.c.p.- Jefe de la Oficina Administrativa de la RGCC del Centro SCT.- Edificio "A"  
Expediente

0165

**SECRETARIA DE LA FUNCION PUBLICA  
DECLARACION PATRIMONIAL DE LOS SERVIDORES PUBLICOS  
DECLARACION DE MODIFICACION PATRIMONIAL 2009**

MANJ570528-UB7

FECHA DE RECEPCION: 25/06/2009

**C. SECRETARIO DE LA FUNCION PUBLICA:**

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD PRESENTO A USTED MI DECLARACION PATRIMONIAL, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL TITULO TERCERO, CAPITULO UNICO, DE LA LEY FEDERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DE LOS SERVIDORES PUBLICOS.

**DATOS GENERALES DEL DECLARANTE**

RFC / HOMOClave: [REDACTED]  
 NOMBRE(S): MARTINEZ NAVA JESUS MARIA  
 CURP: [REDACTED]  
 FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]  
 SEXO: [REDACTED]  
 ESTADO CIVIL: [REDACTED]  
 PAÍS DONDE NACIÓ: [REDACTED]  
 NACIONALIDAD: [REDACTED]  
 ENTIDAD DONDE NACIÓ: [REDACTED]  
 DOMICILIO: [REDACTED]

**DATOS DEL ENCARGO ACTUAL**

DEPENDENCIA O ENTIDAD: SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES  
 NOMBRE DEL ENCARGO O PUESTO: RESIDENTE ESPECIALIZADO  
 ÁREA DE ADSCRIPCIÓN: CENTRO S.C.T. MEXICO  
 FUNCIONES PRINCIPALES: LABOR DE SUPERVISION;  
 DOMICILIO: CALLE: IGUALDAD; NÚMERO EXTERIOR: 100; NÚMERO INTERIOR: EDIFICIO "B", 2º PISO; LOCALIDAD O COLONIA: SANTIAGO TLAXOMULCO, JUNTA LOCAL DE CAMINOS; CÓDIGO POSTAL: 50280; ENTIDAD FEDERATIVA: ESTADO DE MEXICO; MUNICIPIO O DELEGACIÓN: TOLUCA; TELÉFONO: 722 2 72 80 12; CORREO ELECTRONICO: jmartinn@sct.gob.mx;  
 FECHA DE LA TOMA DE POSESIÓN DEL ENCARGO: 17/06/2003  
 ESTÁ CONTRATADO(A) POR HONORARIOS? NO  
 CLAVE PRESUPUESTAL O EQUIVALENTE: PQ1  
 NIVEL DEL ENCARGO:

**DATOS CURRICULARES DEL DECLARANTE  
ESCOLARIDAD**

GRADO MÁXIMO DE ESTUDIOS: ESPECIALIDAD EN VIAS TERRESTRES

| NIVEL                                 | UBICACIÓN                                   | NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN                  | CARRERA O ÁREA DE CONOCIMIENTO | ESTATUS    | PERIODOS CURSADOS | DOCUMENTO OBTENIDO |
|---------------------------------------|---|---|--------------------------------|------------|-------------------|--------------------|
| LICENCIATURA                          | Estado:ESTADO DE MEXICO<br>Municipio:TOLUCA | UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MEXICO | INGENIERIA CIVIL               | FINALIZADO |                   | TITULO             |
| OTRO: ESPECIALIDAD EN VIAS TERRESTRES | Estado:ESTADO DE MEXICO<br>Municipio:TOLUCA | UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MEXICO | INGENIERIA CIVIL               | FINALIZADO |                   | CERTIFICADO        |

00003390

0164

**EXPERIENCIA LABORAL**

| SECTOR  | PODER     | AMBITO  | INSTITUCIÓN O EMPRESA                      | UNIDAD ADMINISTRATIVA       | PUESTO            | FUNCIÓN PRINCIPAL             | INGRESO - EGRESO  |
|---------|-----------|---------|--|-----------------------------|-------------------|-------------------------------|-------------------|
| PUBLICO | EJECUTIVO | FEDERAL | SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES | CENTRO SCT ESTADO DE MEXICO | RESIDENTE DE OBRA | SUPERVISION Y CONTROL DE OBRA | 01/1984 - 05/2008 |

**EXPERIENCIA ACADEMICA**

| TIPO     | NIVEL      | INSTITUCIÓN                       | ÁREA(S) DE CONOCIMIENTO | INICIO - TERMINO        |
|----------|------------|-----------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| DOCENCIA | SECUNDARIA | ESC. SEC. OF. SAN ANTONIO LA ISLA | MATEMATICAS             | 01/09/1979 - 31/07/1981 |

**LOGROS LABORALES O ACADEMICOS A DESTACAR**

- NOMBRAMIENTO DE RESIDENTE DE CONSERVACIÓN DE CAMINOS RURALES "TOLUCA"
- NOMBRAMIENTO DE RESIDENTE DE CONSERVACION DE CARRETERAS 14-3 "TOLUCA"
- NOMBRAMIENTO DE RESIDENTE DE CONSERVACION DE CARRETERAS 14-1 "TEXCOCO"
- NOMBRAMIENTO DE RESIDENTE DE CONSERVACION DE CARRETERAS 14-2 "TOLUCA"

**INGRESO ANUAL NETO DEL DECLARANTE, CONYUGE Y/O DEPENDIENTES ECONOMICOS**

I. REMUNERACIÓN ANUAL NETA DEL DECLARANTE POR EL CARGO PÚBLICO. 116765

**OTROS INGRESOS ANUALES NETOS DEL DECLARANTE:**

II.1 POR ACTIVIDAD INDUSTRIAL Y/O COMERCIAL.

II.2 POR ACTIVIDAD FINANCIERA

II.3 POR SERVICIOS PROFESIONALES, PARTICIPACIÓN EN CONSEJOS, CONSULTORÍAS O ASESORÍAS

II.4 OTROS

A. INGRESO ANUAL NETO DEL DECLARANTE (SUMA DEL I Y II)

B. INGRESO ANUAL NETO DEL CÓNYUGE Y/O DEPENDIENTES ECONÓMICOS

C. TOTAL DE INGRESOS ANUALES NETOS DEL DECLARANTE, CÓNYUGE Y/O DEPENDIENTES ECONÓMICOS

**ME DESEMPEÑE COMO SERVIDOR PÚBLICO OBLIGADO A PRESENTAR DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL EN EL AÑO INMEDIATO, DEL 01/01/2008 AL 31/12/2008**

**DECLARACION ANTERIOR**

TIPO DE DECLARACIÓN ANTERIOR:

MODIFICACION PATRIMONIAL

FECHA DE PRESENTACIÓN DE LA DECLARACIÓN ANTERIOR:

28/05/2008

**BIENES INMUEBLES DEL DECLARANTE, CONYUGE Y/O DEPENDIENTES ECONOMICOS**

| BIENES INMUEBLES | TIPO DE OBRA | DOMICILIO | SUP. TERRENO EN M2 | SUP. CONSTRUCCIÓN EN M2 | FORMA DE OPERACIÓN | FECHA | REGISTRO PUBLICO DE LA PROPIEDAD | TITULAR | VALOR |
|------------------|--------------|-----------|--------------------|-------------------------|--------------------|-------|----------------------------------|---------|-------|
|                  |              |           |                    |                         |                    |       |                                  |         |       |

00003391



**VEHICULOS DEL DECLARANTE, CONYUGE Y/O DEPENDIENTES ECONOMICOS**

| MARCA      | TIPO | MODELO | PLACA | LUGAR DE REGISTRO | FORMA DE ADQUISICIÓN | FECHA | VALOR DE LA OPERACIÓN | TITULAR |
|------------|------|--------|-------|-------------------|----------------------|-------|-----------------------|---------|
| [Redacted] |      |        |       |                   |                      |       |                       |         |

**VEHICULOS CON SINIESTRO DEL DECLARANTE, CONYUGE Y/O DEPENDIENTES ECONOMICOS**  
*(Ninguno)*

**BIENES MUEBLES DEL DECLARANTE, CONYUGE Y/O DEPENDIENTES ECONOMICOS**

| TIPO DE BIEN | DESCRIPCIÓN DEL BIEN | FORMA DE OPERACIÓN | FECHA | VALOR DE LA OPERACIÓN | TITULAR |
|--------------|----------------------|--------------------|-------|-----------------------|---------|
| [Redacted]   |                      |                    |       |                       |         |

**INVERSIONES, CUENTAS BANCARIAS Y OTRO TIPO DE VALORES DEL DECLARANTE, CONYUGE Y/O DEPENDIENTES ECONOMICOS**

| TIPO DE INVERSIÓN | NÚMERO DE CUENTA O CONTRATO | LOCALIZADA | INSTITUCIÓN | TITULAR | SALDO |
|-------------------|-----------------------------|------------|-------------|---------|-------|
| [Redacted]        |                             |            |             |         |       |

0162

0000333

**DEUDAS DEL DECLARANTE, CONYUGE Y/O DEPENDIENTES ECONOMICOS**



**DATOS DEL CONYUGE, HIJOS Y/O DEPENDIENTES ECONOMICO(S)**

| DEPENDIENTE | FECHA DE NACIMIENTO | SEXO | PARENTESCO | DOMICILIO | ¿ES DEPENDIENTE<br>ECONÓMICO? | ¿SE HA DESEMPEÑADO<br>EN LA ADMINISTRACIÓN<br>PÚBLICA? | RFC: |
|-------------|---------------------|------|------------|-----------|-------------------------------|--|------|
|-------------|---------------------|------|------------|-----------|-------------------------------|--|------|



**SI ESTOY DE ACUERDO EN HACER PUBLICOS MIS DATOS PATRIMONIALES  
GASTOS DE MANUTENCION**



**OBSERVACIONES Y ACLARACIONES**  
(Ninguna)



0161

00003393

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

ANVERSO

3

37PIA08

6430379

PERIODO QUE AMPARA LA CONSTANCIA

MES INICIAL 01 MES FINAL 12 EJERCICIO 2008

ESTA CONSTANCIA DEBERA SER CONSERVADA POR EL TRABAJADOR

DATOS DEL TRABAJADOR O ASIMILADO A SALARIOS

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE FORMACION

APELLIDO PATERNO MARTINEZ

APELLIDO MATERNO NAVA

NOMBRE(S) JESUS MARIA

MARQUE CON "X" EL RECUADRO QUE CORRESPONDA Y/O CONTESTE LO QUE SE SOLICITA:

Table with columns for AREA CATEGORICA DEL SALARIO MINIMO (A), SI EL PATRON REALIZO CALCULO ANUAL (N), TARIFA UTILIZADA, DIB. EJERCICIO QUE DECLARA (X), 1991 (Actualizada), FRACCION I (2), FRACCION II (2), APLICADA (3), and CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA DONDE PRESENTO SUS SERVICIOS (15).

IMPUESTO SOBRE LA RENTA

Table for tax calculation with columns A through T and corresponding values. Includes sub-sections for 'IMPUESTO SOBRE LA RENTA' and 'PAGOS POR SEPARACION'.

- (1) Es obligatoria registrar estos campos.
(2) Anotará A, B o C según corresponda al área geográfica que señala la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos.
(3) Únicamente para constancias de 2001, de conformidad con el Art. Segundo Transitorio del Decreto por el que se reformó el Art. 30-A de la LISR, publicado en el DOF el 29 de noviembre del 2001.
(4) Deberá utilizarse este campo, cuando el patrón haya finalizado el cálculo anual de ISR y el trabajador le corresponde una proporción distinta a la de los demás trabajadores.
(5) A. Miembros de las sociedades cooperativas de producción, B. Integrantes de sociedades y asociaciones civiles, C. Miembros de consejos directivos, de vigilancia, consultivos o comités, D. Actividad empresarial (comisionistas), E. Honorarios asimilados a salarios, F. Ingresos en acciones o títulos valor, G. Otros.
(6) 01 Aguascalientes, 02 Baja California, 03 Baja California Sur, 04 Campeche, 05 Coahuila, 06 Colima, 07 Chiapas, 08 Chihuahua, 09 Distrito Federal, 10 Durango, 11 Guanajuato, 12 Guerrero, 13 Hidalgo, 14 Jalisco, 15 México, 16 Michoacán, 17 Morelos, 18 Nayarit, 19 Nuevo León, 20 Oaxaca, 21 Puebla, 22 Querétaro, 23 Quintana Roo, 24 San Luis Potosí, 25 Hidalgo, 26 Sonora, 27 Tabasco, 28 Tamaulipas, 29 Tlaxcala, 30 Veracruz, 31 Yucatán, 32 Zacatecas.
(7) En caso de que el trabajador haya tenido más de un patrón en el ejercicio deberá señalar el (los) RFC de (los) otro(s) patrón(es).
(8) Aplicable a partir del ejercicio 2005.
(9) Trátándose de pagos en parcialidades, número de días del periodo, en el caso de pago de jubilaciones, pensiones o haberes de retiro en una sola exhibición, número de días comprendidos entre la fecha en que se realizó el pago y el 31 de diciembre del año que se trate.

SE EXPIDE POR DUPLICADO

Original - Trabajador o Asimilado a Salarios Duplicado - Retenedor

0160

PAGOS POR SEPARACIÓN (Continuación)

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| a. 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 SUBSIDIO 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 | 0 | j. IMPUESTO RETENIDO DURANTE EL EJERCICIO | 0 |
|-----------------------------------|---|---|---|

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)         | 0 | l. INGRESO ACUMULABLE (k - l siempre que k sea mayor) | 0 |
| m. PRECIO ESTABLECIDO AL OTORGARSE LA OPCIÓN DE INGRESOS EN ACCIONES O TITULOS VALOR | 0 | n. IMPUESTO RETENIDO                                  | 0 |

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

|   | GRAVADO | EXENTO |
|---|---------|--------|
| o. SUELDOS, SALARIOS RAYAS Y JORNALES                           | 101535  | 0      |
| p. GRATIFICACIÓN ANUAL  | 8969    | 1501   |
| q. VIÁTICOS Y GASTOS DE VIAJE                                   | 0       | 0      |
| r. TIEMPO EXTRAORDINARIO  | 0       | 0      |
| s. PRIMA VACACIONAL   | 1180    | 789    |
| 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 DESPESA   | 0       | 0      |
| z. AYUDA PARA GASTOS DE FUNERAL                                 | 0       | 0      |
| AA. CONTRIBUCIONES A CARGO DEL TRABAJADOR PAGADAS POR EL PATRÓN | 1867    | 0      |
| BB. PREMIOS POR PUNTUALIDAD                                     | 0       | 0      |
| CC. PRIMA DE SEGURO DE VIDA                                     | 0       | 0      |
| DD. SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES                            | 0       | 0      |
| EE. VALES PARA RESTAURANTE                                      | 0       | 0      |
| FF. VALES PARA GASOLINA   | 0       | 0      |

0159

(1) Incluyendo, entre otros, prima de antigüedad e indemnizaciones.  
 (2) Si el pago por separación es menor al último sueldo mensual ordinario deberá omitir 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 usará el valor del mercado que tenían dichas acciones o títulos valor el 31 de diciembre de 2004.

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

|  | GRAVADO | EXENTO |
|--|---------|--------|
| GI. VALES PARA ROPA                                | 0       | 0      |
| H1. AYUDA PARA RENTA                               | 0       | 0      |
| I1. AYUDA PARA ACTIVIDADES ESCOLARES               | 0       | 0      |
| J1. DOTACIÓN O AYUDA PARA ANTIFUMOS                | 0       | 0      |
| K1. AYUDA PARA TRANSPORTE                          | 0       | 0      |
| L1. CUOTAS SINDICALES PAGADAS POR EL PATRÓN        | 0       | 0      |
| M1. SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD                      | 0       | 0      |
| N1. BECAS PARA TRABAJADORES Y/O SUS HIJOS          | 0       | 0      |
| O1. PAGOS EFECTUADOS POR OTROS EMPLEADORES (2) (3) | 0       | 0      |
| P1. OTROS INGRESOS POR SALARIOS                    | 0       | 924    |

IMPUESTO SOBRE LA RENTA POR SUELDOS Y SALARIOS

|  |        |  |     |
|--|--------|--|-----|
| Q1. SUMA DEL INGRESO GRAVADO POR SUELDOS Y SALARIOS (Suma de los campos O al P1 de la columna "gravado")   | 113551 | X1. SALDO A FAVOR DEL EJERCICIO ANTERIOR NO COMPENSADO DURANTE EL EJERCICIO QUE AMPARA LA CONSTANCIA*        | 0   |
| R1. SUMA DEL INGRESO EXENTO POR SUELDOS Y SALARIOS (Suma de los campos O al P1 de la columna "exento")   | 3214   | Y1. SUMA DE LAS CANTIDADES QUE POR CONCEPTO DE CREDITO AL SALARIO LE CORRESPONDIÓ AL TRABAJADOR(S)           | 0   |
| S1. SUMA DE INGRESOS POR SUELDOS Y SALARIOS (Q1 + R1)  | 116765 | Z1. CREDITO AL SALARIO ENTREGADO EN EFECTIVO AL TRABAJADOR DURANTE EL EJERCICIO (6)                          | 0   |
| T1. MONTO DEL IMPUESTO LOCAL A LOS INGRESOS POR SUELDOS, SALARIOS Y EN GENERAL POR LA PRESTACION DE UN SERVICIO PERSONAL SUBORDINADO RETENIDO. (4) | 0      | W1. MONTO TOTAL DE INGRESOS OBTENIDOS POR CONCEPTO DE PRESTACIONES DE PREVISION SOCIAL                       | 924 |
| U1. IMPUESTO RETENIDO DURANTE EL EJERCICIO   | 11553  | X1. SUMA DE INGRESOS EXENTOS POR CONCEPTO DE PRESTACIONES DE PREVISION SOCIAL                                | 924 |
| V1. IMPUESTO RETENIDO POR OTRO(S) PATRON(ES) DURANTE EL EJERCICIO (2)  | 0      | Y1. MONTO DEL SUBSIDIO PARA EL EMPLEADO ENTREGADO EN EFECTIVO AL TRABAJADOR DURANTE EL EJERCICIO QUE DECLARA | 0   |
| W1. SALDO A FAVOR DETERMINADO EN EL EJERCICIO QUE DECLARA QUE EL PATRÓN 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)

RICO GALINDO SANTIAGO

FIRMA DEL RETENEDOR O REPRESENTANTE LEGAL

SELLO DEL RETENEDOR (en caso de ser necesario)

FIRMA DE RECIBIDO POR EL CONTRIBUYENTE

0158

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 28/04/2009 y a la que le correspondió el número de folio de operación 50809954, 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 Unidades Federativas y de las Municipios o de 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 retengan una sola vez, por ejemplo: gratificación anual, prima vacacional, entre otros.

(4) Aplicable a partir de 2005.

(5) Se deberá anotar la suma del crédito al salario determinado 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 los dispositivos fiscales vigentes.

00003397

CENTRO SCT MÉXICO  
SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN  
DEPTO. DE RECURSOS HUMANOS  
No. Of. C. SCT.6.10.412.0751/08  
"2008, Año de la Educación Física y el Deporte"

Toluca, Méx., a 2 de junio de 2008.

**ASUNTO:** Aviso de fecha límite para elegir régimen de pensión, y entrega del "Documento de Elección"

**JESUS MARIA MARTINEZ NAVA**  
**Presente**

Con motivo de la entrada en vigor de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 31 de marzo de 2007, y de la publicación del Reglamento para el ejercicio del derecho de opción que tienen los trabajadores de conformidad con los artículos quinto y séptimo transitorios del Decreto por el que se expide la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, y que usted cotizó al régimen de pensiones de dicho Instituto al 31 de marzo de 2007, y que se encuentra activo al momento de ejercer su derecho de opción, me permito hacer de su conocimiento lo siguiente:

Como una acción tendiente a facilitar que usted y todos los trabajadores de esta Dependencia ejerzan el Derecho de Opción, y a fin de que elijan su régimen de pensión, me permito informarle que de acuerdo con los artículos 30 y 31 del Reglamento citado en el párrafo que antecede, tiene derecho de optar por uno de los siguientes regímenes de pensión:

- A) Al que se refiere el artículo Décimo Transitorio de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, o bien,
- B) Por la acreditación de bonos de pensión del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en sus cuentas individuales.

En caso de duda o para mayores informes favor de acudir al Departamento de Recursos Humanos o comunicarse a las extensiones 52057, 52056 ó al teléfono 01 722 2 36 06 20.

Es importante mencionar que su elección es un derecho y una obligación individual, la cual será definitiva, irrenunciable y no podrá modificarse, recuerde que el término para ejercer el derecho de opción vence el **30 de junio de 2008** y de no elegir, por Ley se le asignará el régimen de reparto (esquema tradicional) que se encuentra descrito en el artículo Décimo Transitorio de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Por lo anterior, le recuerdo que deberá requisitar y entregar en el módulo de atención instalado en esta Unidad Administrativa el Documento de Elección antes de la fecha señalada en el párrafo anterior.

No omito comentarle que esta Secretaría de Estado está en espera de su decisión, a fin de que nos haga saber el régimen de pensión optado, y poder hacerlo del conocimiento del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Sin más por el momento, quedo de usted.

0157

SUFRAGIO EFECTIVO, NO REELECCIÓN  
DIRECTOR GENERAL

ING. FELIPE DE JESÚS RIVERA VALENZUELA

C.c.p.- Lic. Rudy O. Albertos Cámara.- Director General de Recursos Humanos.- Para su conocimiento.- Presente.  
Lic. Agustín Ramírez Ramírez.- Titular del Órgano Interno de Control en la SCT.- Para su conocimiento.- Presente.



# DOCUMENTO DE ELECCIÓN

Formato para ejercer el derecho de optar por el Régimen del Artículo 10° Transitorio de la Ley del ISSSTE o por el Bono de Pensión.

00003393

[Redacted]

FECHA DE EMISIÓN 13 11 2008  
DÍA MES AÑO

FECHA DE RECEPCIÓN  
DÍA MES AÑO

Estimado **JESUS MARIA MARTINEZ NAVA**

los Artículos 5° y 7° Transitorios de la nueva Ley del ISSSTE, le otorgan el derecho de elegir entre el **Régimen del Artículo 10° Transitorio de la Ley** y el **Bono de Pensión**. El presente formato le permite realizar su trámite de manera muy sencilla.

## CÁLCULO DEL BONO DE PENSION

|   |  |                  |  |                       |  |
|---|--|------------------|--|-----------------------|--|
| JESUS MARIA   |  | MARTINEZ         |  | NAVA                  |  |
| NOMBRES   |  | APELLIDO PATERNO |  | APELLIDO MATERNO      |  |
| El monto de su Bono de Pensión es de:   |  | \$779,603.62     |  | 198,221.97            |  |
|   |  | PESOS            |  | UNIDADES DE INVERSIÓN |  |
| Este monto se calcula tomando en cuenta tres elementos:   |  |                  |  |                       |  |
| 1. Su fecha de nacimiento: [Redacted]   |  |                  |  |                       |  |
| 2. Su sueldo básico al 31 de diciembre de 2006: \$6,015.46 1,587.63                                       |  |                  |  |                       |  |
| 3. Su tiempo de cotización al 31 de diciembre de 2007 en la(s) siguiente(s) dependencia(s) o entidad(es): |  |                  |  |                       |  |

| CLAVE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD  | NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD                          | TIEMPO COTIZADO      |       |      |   |
|--|---|----------------------|-------|------|---|
|  |   | AÑOS                 | MESES | DÍAS |   |
| 6091421  | SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES ESTADO DE MEXICO | 24                   | 4     | 5    |   |
| Recuerde que los periodos simultáneos de cotización sólo cuentan una vez, los periodos de licencia sin goce de sueldo no contabilizan para el cálculo. |   | TIEMPO DE COTIZACIÓN | 24    | 4    | 5 |
|  |   |                      | 24    |      |   |

Estimado Trabajador, utilice esta sección para optar por el **Régimen del Artículo 10° Transitorio de la Ley del ISSSTE** o por el **Bono de Pensión**. Una vez llenado, deberá entregarlo en el área de Recursos Humanos de su centro de trabajo, presentando la siguiente documentación:

- Original y copia simple de este Documento debidamente llenado
- Original y copia simple de su identificación oficial (credencial del IFE, pasaporte, credencial expedida por su Dependencia o Entidad o documento migratorio)

Recuerde que tiene hasta el 30 de junio de 2008 para elegir entre estas dos opciones. Si no lo hace, se entenderá que optó por el Régimen del Artículo 10° Transitorio.

Si los datos de este documento (datos personales, sueldo básico o tiempo de cotización) no son correctos o están incompletos, Usted puede llenar una **Solicitud de Revisión**. Esta debe ser entregada lo antes posible y no después del 30 de junio de 2008, en el área de Recursos Humanos de su lugar de trabajo.

## OPCIÓN DE ELECCIÓN

Por medio del presente documento, yo, JESUS MARIA MARTINEZ NAVA elijo **UNA** de las siguientes opciones marcando la celda correspondiente:

- A. Régimen del Artículo 10° Transitorio de la Ley del ISSSTE**  
Reconozco como válido y correcto el tiempo de cotización al ISSSTE informado en este Documento de Elección y manifiesto mi elección por el régimen establecido en el artículo décimo transitorio del Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de marzo de 2007, mediante el cual se expide el Reglamento de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
- B. Bono de Pensión en una cuenta individual**  
Reconozco como válido y correcto el tiempo de cotización al ISSSTE informado en este Documento de Elección y manifiesto mi elección por la acreditación del Bono de Pensión en mi cuenta individual.

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES  
CENTRO S C O T P  
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

**ROSA MARIA BERNABE MARTINEZ**  
JEFA DEPTO. RECURSOS HUMANOS

[Signature]

[Redacted]

0156

CU 15





Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Elegibilidad del régimen

SALUD

| TRANSACCIÓN DOCUMENTO DE ELECCIÓN |                           |
|-----------------------------------|---------------------------|
| FOLIO                             | 1110195                   |
| CURP                              | [REDACTED]                |
| NOMBRE                            | JESUS MARIA MARTINEZ NAVA |
| FECHA                             | 13/11/2008                |
| ELECCIÓN                          | DECIMO TRANSITORIO        |
| CADENA ORIGINAL                   | [REDACTED]                |
| SELLO DIGITAL                     | [REDACTED]                |



0155

*Recibí original*  
*[Signature]*  
 03/Dic./08

00003399



La elección fue registrada correctamente, el folio es: 1110195

Imprimir Transacción

Cerrar Ventana

Por medio del presente documento, yo, **JESUS MARIA MARTINEZ NAVA**

elijo **UNA** de las siguientes opciones marcando la celda correspondiente:

**A. Régimen del Artículo 10º Transitorio de la Ley del ISSSTE**  
 Reconozco como válido y correcto el tiempo de cotización al ISSSTE informado en este Documento de Elección y manifiesto mi elección por el régimen establecido en el artículo décimo transitorio del Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de marzo de 2007, mediante el cual se modificó la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

**B. Bono de Pensión en una cuenta Individual**  
 Reconozco como válido y correcto el tiempo de cotización al ISSSTE informado en este Documento de Elección y manifiesto mi elección por la acreditación del Bono de Pensión en mi cuenta individual.

BERRIEL MARTINEZ ROSA  
 MARIA BERTHA 6091421

*[Signature]*  
 JEFA DEL DEPTO. RECURSOS HUMANOS

*[Signature]*  
 FIRMA DEL TRABAJADOR

SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES  
 CENTRO DE SERVICIOS AL ESTADO DE MEXICO  
 SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS  
 DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS



0154

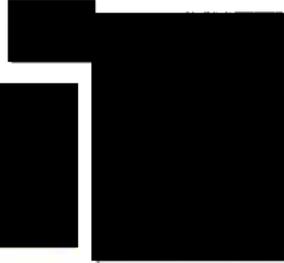
00003400

00003401



INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL  
REGISTRO FEDERAL DE ELECTORES  
CREDENCIAL PARA VOTAR

NOMBRE  
MARTINEZ  
NAVA  
JESUS MARIA



ESTE DOCUMENTO ES INTANSFERIBLE,  
NO ES VALIDO SI PRESENTA TACHA-  
DURAS O ENMIENDAS.

EL TITULAR ESTA OBLIGADO A NOTI-  
FICAR EL CAMBIO DE DOMICILIO EN  
LOS 30 DIAS SIGUIENTES A QUE ESTE  
OCURRA.

*Fernando Zepuche Nuñez*  
FERNANDO ZEPUCHE NUÑEZ  
SECRETARIO EJECUTIVO DEL  
INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL

*Jesús Martínez Nava*

5349009860339

12 03 08 09

09 10 11 02 03 04 05 06 07 08

CONDOMINIO  
CIRCULO

0153

00003402



INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL  
REGISTRO FEDERAL DE ELECTORES  
CREDENCIAL PARA VOTAR

NOMBRE  
MARTINEZ  
NAVA  
JESUS MARIA  
DOMICILIO



ESTE DOCUMENTO ES INTANGIBLE  
NO ES VALIDO SI PRESENTA TACHA-  
DURAS O ENMENDATURAS

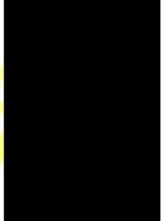
EL TITULAR ESTA OBLIGADO A NOTI-  
FICAR EL CAMBIO DE DOMICILIO EN  
LOS 30 DIAS SIGUIENTES A QUE ESTE  
OCURRA.

*Fernando Zertuche*

FERNANDO ZERTUCHE MUÑOZ  
SECRETARIO EJECUTIVO DEL  
INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL

0  
6  
E  
O  
9  
R  
B  
0  
0  
6  
H  
E  
S

*Jesús Martínez Nava*



ELECCIONES FEDERALES  
12 09 06 03

LOCAL  
02 10 11 02 03 04 05 06 07 08

EXTRANEIDAD  
(OTRA)

0152

CENTRO S.C.T. ESTADO DE MEXICO  
 SUBDIRECCION DE ADMINISTRACION  
 DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

00003483

CONTROL DE DESCUENTOS DE FOVISSSTE

227

NOMBRE: MARTINEZ NAVA JESUS

FILIACION : [REDACTED]

ADSCRIPCION: RESIS. GRAL. DE CONSERVACION

IMP. PREST. HIP.: \_\_\_\_\_

ONA. INICIAL: 04197 \* Tol-Tem

No. DE CONTRATO: \_\_\_\_\_

DESC. INICIAL: \$307.38

30% SUELDO + QUINCUENIO.  
 CONCEPTO 64

POR UNA VEZ SE DESCUENTO DOBLE  
 PAGNA 04.05 & 06/97

| ENE | FEB    | MAR    | ABR    | MAY    | JUN    | JUL | AGO    | SEP    | OCT    | NOV | DIC | ON  | AÑO  |
|-----|--------|--------|--------|--------|--------|-----|--------|--------|--------|-----|-----|-----|------|
| /   | 614.70 | 614.70 | 355.50 | /      | /      | /   | /      | /      | /      | /   | /   | 1a. | 1997 |
| /   | /      | /      | /      | 404.13 | /      | /   | /      | /      | /      | /   | /   | 2a. | 1997 |
| /   | /      | /      | /      | /      | 404.13 | /   | /      | /      | /      | /   | /   | 1a. | 1998 |
| /   | /      | /      | 460.00 | /      | /      | /   | 464.00 | /      | /      | /   | /   | 2a. | 1998 |
| /   | /      | /      | /      | /      | /      | /   | /      | /      | /      | /   | /   | 1a. | 1999 |
| /   | /      | /      | 508.00 | /      | /      | /   | /      | /      | /      | /   | /   | 2a. | 1999 |
| /   | /      | /      | /      | /      | /      | /   | /      | /      | /      | /   | /   | 1   | 2000 |
| /   | /      | /      | /      | /      | 560.95 | /   | /      | /      | /      | /   | /   | 2   | 2000 |
| /   | /      | /      | /      | /      | /      | /   | 601.80 | /      | /      | /   | /   | 1   | 2001 |
| /   | /      | /      | /      | /      | /      | /   | /      | /      | /      | /   | /   | 2   | 2001 |
| /   | /      | /      | /      | /      | /      | /   | 618.20 | /      | /      | /   | /   | 1   | 2002 |
| /   | /      | /      | /      | /      | /      | /   | /      | /      | /      | /   | /   | 2   | 2002 |
| /   | /      | /      | /      | /      | /      | /   | /      | 608.30 | 640.90 | /   | /   | 1   | 2003 |
| /   | /      | /      | /      | /      | /      | /   | /      | /      | /      | /   | /   | 2   | 2003 |

00003404

Toluca, Méx., 4 de febrero de 1997.

C.P. ARTURO R. MONTIEL SOLARES  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE REC.  
HUMANOS DEL CENTRO S.C.T.  
P R E S E N T E

Por este conducto solicito a Usted, que me indique las instrucciones a quien corresponda para que durante las quincenas 2a de febrero, 1a y 2a de marzo, se me descuente por única vez, el 60% de mi sueldo base, lo anterior a fin de que con dicho descuento sea cubierto el crédito que actualmente tengo en FOVISSTE, y que correspondría a los pagos de los meses de enero, febrero y marzo respectivamente.

Por la atención que le brinde a la presente, me es grato reiterarme a sus apreciables órdenes.

A T E N T A M E N T E

  
ING. JESUS MA. MARTINEZ NAVA.

Secretaría de Comunicaciones y Transportes. Depto. de Recursos Humanos

RECIBIDO  
FEB. 4 1997

LEONORO VALLE No. 300  
Toluca, Méx.

0150

00003405

Toluca, Méx., 4 de febrero de 1997.

C.P. ARTURO R. MONTIEL SOLARES  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE REC.  
HUMANOS DEL CENTRO S.C.T.  
P R E S E N T E

Por este conducto solicito a Usted, gire instrucciones a quien corresponda para que durante las quincenas 2a de febrero, 1a y 2a de marzo, se me descuente por única vez, el 60% de mi sueldo base, lo anterior a fin de que con dicho descuento sea cubierto el crédito que actualmente tengo en FOVISSTE, y que correspondría a los pagos de los meses de enero, febrero y marzo respectivamente.

Por la atención que le brinde a la presente, me es grato reiterarme a sus apreciables órdenes.

A T E N T A M E N T E

  
ING. JESUS MA. MARTINEZ NAVA.

Secretaría de Comunicaciones y Transportes. Depto. de Recursos Humanos

RECIBIDO  
FEB. 4 1997

LEANDRO VALLE No. 303  
Toluca, México.

6 0149



*Baja para Gra. 05*

# CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS

00003407  
**MetLife**<sup>®</sup>

NO. DE POLIZA: [REDACTED]  
NO. DE CERTIFICADO: [REDACTED]  
NO. DE FOLIO: [REDACTED]

| DATOS DEL ASEGURADO TITULAR   |  |  |                        |             |
|---|--|--|------------------------|-------------|
| MARTINEZ NAVA JESUS MARIA<br>SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES |  |  | PRIMA NETA:            | \$ 0.00     |
|   |  |  | RECARGO PAGO FRAC:     | % 0.00      |
|   |  |  | GASTOS EXP. DE POLIZA: | \$ 0.00     |
|   |  |  | SUMA:                  | \$ 0.00     |
|   |  |  | IVA:                   | \$ 0.00     |
|   |  |  | PRIMA ASEGURADO :      | \$ 0.00     |
|   |  |  | PRIMA CONTRATANTE:     | \$ 6,385.74 |

| RELACION DE ASEGURADOS |                 |                        |        |      |   |                        |                        |            |              |  |
|------------------------|-----------------|------------------------|--------|------|---|------------------------|------------------------|------------|--------------|--|
| Número de Certificado  | Nombre Completo | Fecha de Alta<br>D M A | ESTRUS | Sexo | E | F. Nacimiento<br>D M A | F. Antigüedad<br>D M A | Parentesco | Prima Tarifa |  |
| [REDACTED]             |                 |                        |        |      |   |                        |                        |            |              |  |

| COBERTURAS                   | SUMA ASEGURADA | DEDUCIBLE | COASEGURO | NIVEL DE TABLA DE RIESGO |
|------------------------------|----------------|-----------|-----------|--------------------------|
| BASICA                       | SMGM 74        | SMGM 2.00 | \$ 10.00  | SM 55.00                 |
| COBERTURA EN EL EXTRANJERO   | SMGM 74        | SMGM 4.00 | \$ 20.00  |                          |
| PREEXISTENCIA                | SMGM 74        | SMGM 2.00 | \$ 10.00  |                          |
| DEPORTES PELIGROSOS          | SMGM 74        | SMGM 2.00 | \$ 10.00  | SM 55.00                 |
| PADECIMIENTOS CONGENITOS     | SMGM 74        | SMGM 2.00 | \$ 10.00  | SM 55.00                 |
| RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD |                |           |           |                          |
| AMBULANCIA AEREA             | SMGM 74        | SMGM 2.00 | \$ 20.00  |                          |

**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

0147  
*[Signature]*  
METLIFE MÉXICO, S.A.

00003408

# MetLife®

MARTINEZ NAVA JESUS MARIA

0009 0015 20



0146

**Cuidamos lo que amas de la vida.**

BV-2-001

[www.metlife.com.mx](http://www.metlife.com.mx)  
01-800-00 METLIFE (638-5433)

VER.1

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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SERVICIOS SOCIALES DE SALUD  
CALLE DE LA SALUD S/N COL. DOCTORES  
PO BOX 7-733 CDMX 06702



FECHA DE INGRESO 29 2 2008  
FECHA DE BAJA

JESUS MARIA MARTINEZ NAVA



Tu historia SI vale

El IMSS TE desea brindar mejores servicios. Para ello, requerimos corroborar su información personal y así garantizar el acceso más rápido a todos los beneficios a los que tiene derecho.

**INSTRUCCIONES:**

Este es el formulario de actualización de datos. Debe ser llenado por el beneficiario o por el representante legal de la persona que se cotiza. Debe ser llenado en los centros de atención al beneficiario o en los centros de atención al cotizante. Debe ser llenado en los centros de atención al beneficiario o en los centros de atención al cotizante. Debe ser llenado en los centros de atención al beneficiario o en los centros de atención al cotizante.

Este servicio de actualización de datos es gratuito. Puede llenarse en cualquier parte de la República al teléfono: 01 800 737 2009.

**1. DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO O COTIZANTE**

|   |            |   |      |                          |
|---|------------|---|------|--------------------------|
| Su fecha de nacimiento:   | 28         | 5 | 1957 | REQUIERE CORREGIR        |
| Su(s) sueldo(s) básico(s) de cotización al 31 de diciembre de 2006: | \$8,015.46 |   |      | <input type="checkbox"/> |

**2. HISTORIA LABORAL**

**2.1. EMPLEOS QUE HA TENIDO ACTUALMENTE Y ANTES DE ENTRAR AL IMSS**

| CLAVE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD | NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD                          | FECHA DE INGRESO |     |     | REQUIERE CORREGIR        |
|-----------------------------------|---|------------------|-----|-----|--------------------------|
|                                   |   | AÑO              | MES | DÍA |                          |
| 6091421                           | SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES ESTADO DE MEXICO | 1984             | 1   | 2   | <input type="checkbox"/> |

**2.2. EMPLEOS DE ATENCIONES EN LOS QUE HA TRABAJADO ANTES DE ENTRAR AL IMSS**

| CLAVE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD | NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD | FECHA ALTA |     |     | FECHA BAJA |     |                          | REQUIERE CORREGIR |
|-----------------------------------|------------------------------------|------------|-----|-----|------------|-----|--------------------------|-------------------|
|                                   |                                    | AÑO        | MES | DÍA | AÑO        | MES | DÍA                      |                   |
|                                   |                                    |            |     |     |            |     | <input type="checkbox"/> |                   |

0145



00003411



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

NO. DE POLIZA: [REDACTED]

NO. DE CERTIFICADO: [REDACTED]

NO. DE FOLIO: [REDACTED]

| DATOS DEL ASEGURADO TITULAR                |                             |                           |                                |
|--|-----------------------------|---------------------------|--------------------------------|
| MARTINEZ NAVA JESUS MARIA                  |                             | PRIMA NETA: \$ 0.00       |                                |
| SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES |                             | RECARGO PAGO FRAC: % 0.00 |                                |
| VIGENCIA                                   |                             | FORMA DE PAGO             |                                |
| DE LAS 00 Hrs.<br>DIA MES AÑO              | ALAS 24 Hrs.<br>DIA MES AÑO | MENSUAL                   | GASTOS EXP. DE POLIZA: \$ 0.00 |
| 01/04/2008                                 | 31/12/2008                  |                           | SUMA: \$ 0.00                  |
|  |                             |                           | IVA: \$ 0.00                   |
|  |                             |                           | PRIMA ASEGURADO : \$ 0.00      |
|  |                             |                           | PRIMA CONTRATANTE: \$ 6,432.53 |

| RELACION DE ASEGURADOS |                 |                        |            |            |            |                        |                        |            |              |
|------------------------|-----------------|------------------------|------------|------------|------------|------------------------|------------------------|------------|--------------|
| Número de Certificado  | Nombre Completo | Fecha de Alta<br>D M A | Estatus    | Bono       | E          | F. Nacimiento<br>D M A | F. Antigüedad<br>D M A | Parentesco | Prima Tarifa |
| [REDACTED]             | [REDACTED]      | [REDACTED]             | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED]             | [REDACTED]             | [REDACTED] | [REDACTED]   |

| COBERTURAS                   | SUMA ASEGURADA | DEDUCIBLE | COASEGURO | NOVA DE TARIFA DE D. |
|------------------------------|----------------|-----------|-----------|----------------------|
| ENFERIA                      | SNOM 74        | SNOM 2.00 | \$ 20.00  | SM 11.00             |
| COBERTURA EN EL EXTRANJERO   | SNOM 74        | SNOM 4.00 | \$ 20.00  |                      |
| PREEXISTENCIA                | SNOM 74        | SNOM 2.00 | \$ 10.00  |                      |
| DEPORTES PELIGROSOS          | SNOM 74        | SNOM 2.00 | \$ 10.00  | SM 55.00             |
| PARCERNIENTOS CONGÉNITOS     | SNOM 74        | SNOM 2.00 | \$ 10.00  | SM 55.00             |
| RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD |                |           |           |                      |
| AMBULANCIA AEREA             | SNOM 74        | SNOM 2.00 | \$ 20.00  |                      |

**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 01 de MAYO de 2008

*JVERGARA*  
0143  
METLIFE MEXICO, S.A.

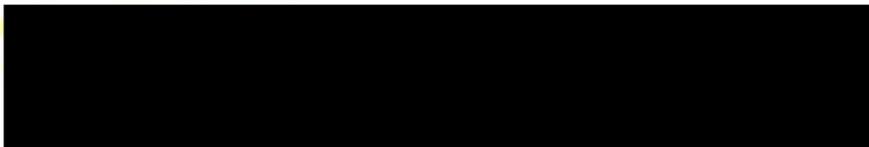
00003412



Estado de Cuenta  
Seguro de Separación Individualizado

Este documento es de caracter informativo, no es valido como comprobante fiscal o legal

MARTINEZ NAVA JESUS MARIA



Página: 1

**INFORMACION DEL SERVIDOR PUBLICO**

No. de Cuenta: [Redacted] Período del: 01-ENE-2008 al: 30-JUN-2008  
 R.F.C.: [Redacted] Póliza: SS0001  
 CURP: [Redacted]  
 No. de Empleado:  
 Área de Adscripción: 635  
 Retenedor: 0009 SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES  
 Clave Unidad: 0015 SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES EN EL ESTADO DE MÉXICO

**RESUMEN DE SALDOS Y MOVIMIENTOS DEL PERIODO**

| Descripción   | Reserva Anterior | Primas Aportadas | Intereses de la Reserva | Retiros | Reserva Final |
|---|------------------|------------------|-------------------------|---------|---------------|
| Primas Aportadas por el Asegurado                             | 12,455.48        | 2,355.72         | [Redacted]              | 0.00    | [Redacted]    |
| Primas Aportadas por Cuenta y en Nombre del Asegurado         | 12,455.48        | 2,355.72         | [Redacted]              | 0.00    | [Redacted]    |
| Primas Voluntarias Extraordinarias Aportadas por el Asegurado | \$ 24,910.97     | \$ 4,711.44      | [Redacted]              | \$ 0.00 | \$ [Redacted] |

**OBSERVACIONES**

ESTE ESTADO DE CUENTA REFLEJA LOS MOVIMIENTOS Y FECHAS DE LAS PRIMAS ENTERADAS POR SU CENTRO DE TRABAJO.

Para cualquier duda o aclaración sobre este Estado de Cuenta favor de dirigir sus observaciones al área de Operación Individual de MetLife México, S.A., dentro de un plazo de 30 días naturales a partir de su recepción. De lo contrario, se considerará aceptada la información en él contenida.

Verifique que sus datos personales y domicilio particular estén correctos; en caso de existir algún error u omisión acuda al área de Recursos Humanos o equivalente de su Centro de Trabajo, para que requisiite el formato correspondiente.

Usted podrá aportar primas voluntarias extraordinarias al Seguro de Separación Individualizado a través de retención en nómina, depósito en cuenta concentradora de ésta Institución que opera BBVA BANCOMER, S.A. y BANAMEX.

[Redacted] 0142

LA TASA DE RENTABILIDAD OBTENIDA POR SUS RESERVAS DURANTE EL PERÍODO COMPRENDIDO DEL 1o DE ENERO AL 30 DE JUNIO DEL 2008, ES DE 7.22% EN TÉRMINOS ANUALES. CABE PRECISAR QUE EL RENDIMIENTO FUTURO DEPENDERÁ DE LA EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE INTERÉS EN EL MERCADO.

**Consulte nuestro Sistema de Audio-Respuesta para Saludos, Retiro del Fondo e Información General del Seguro, marcando al 5328-7261, teniendo disponible su Número de Cuenta.**

00003413

**MetLife**<sup>®</sup>



**Estado de Cuenta**  
Seguro de Separación Individualizado

Período del: 01-ENE-2008 al: 30-JUN-2008

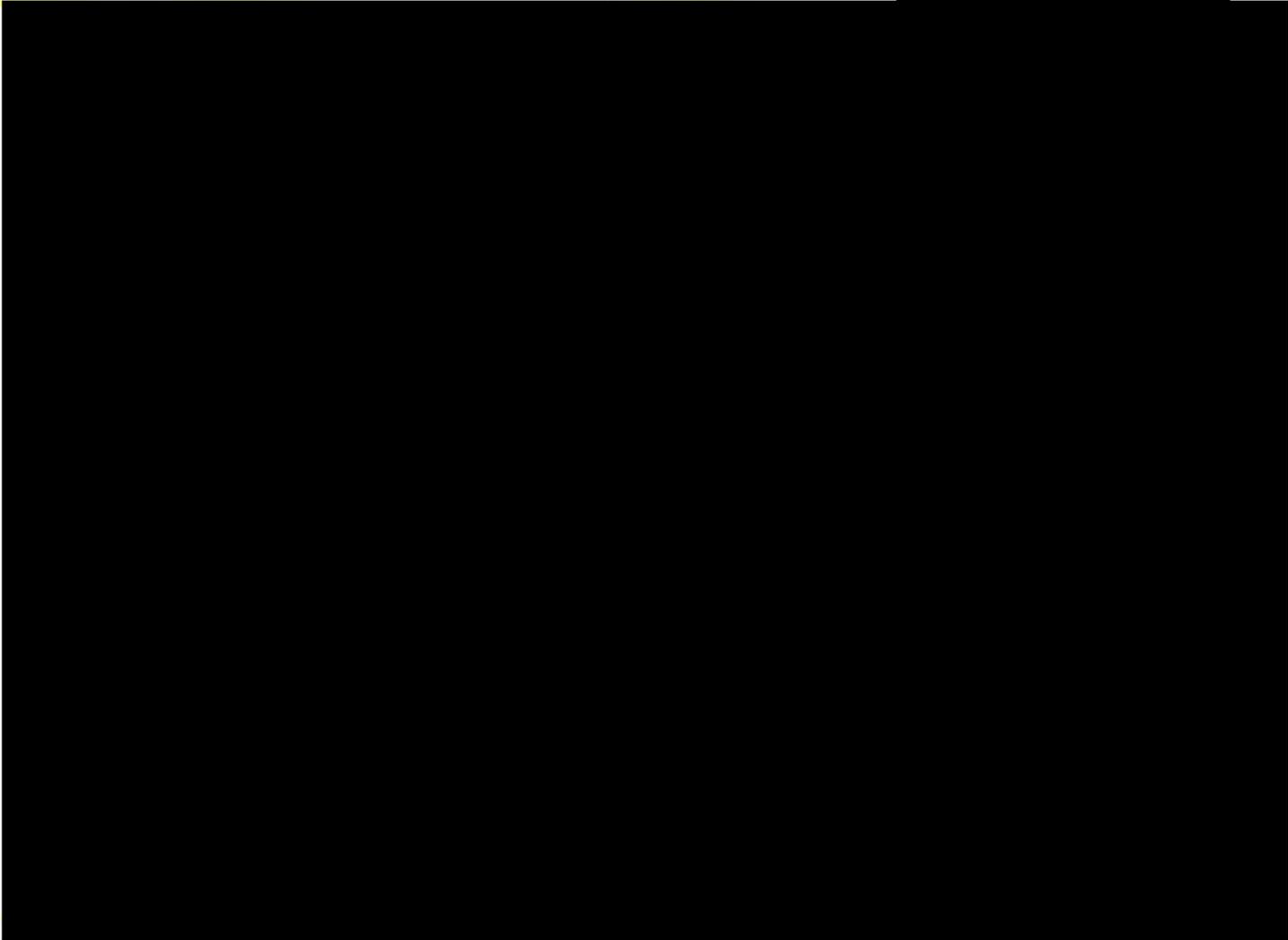
MARTINEZ NAVA JESUS MARIA

No. de Cuenta: 5010132157

Página: 2

**DETALLE DE MOVIMIENTOS**

| Primas del Asegurado | Fecha       | Concepto         | Cargo (-) | Abono (+) | Saldo |
|----------------------|-------------|------------------|-----------|-----------|-------|
|                      | 31/DIC/2007 | Reserva Anterior |           |           |       |



0141

00003414

**MetLife**<sup>®</sup>



**Estado de Cuenta**  
Seguro de Separación Individualizado

Período del: 01-ENE-2008 al: 30-JUN-2008

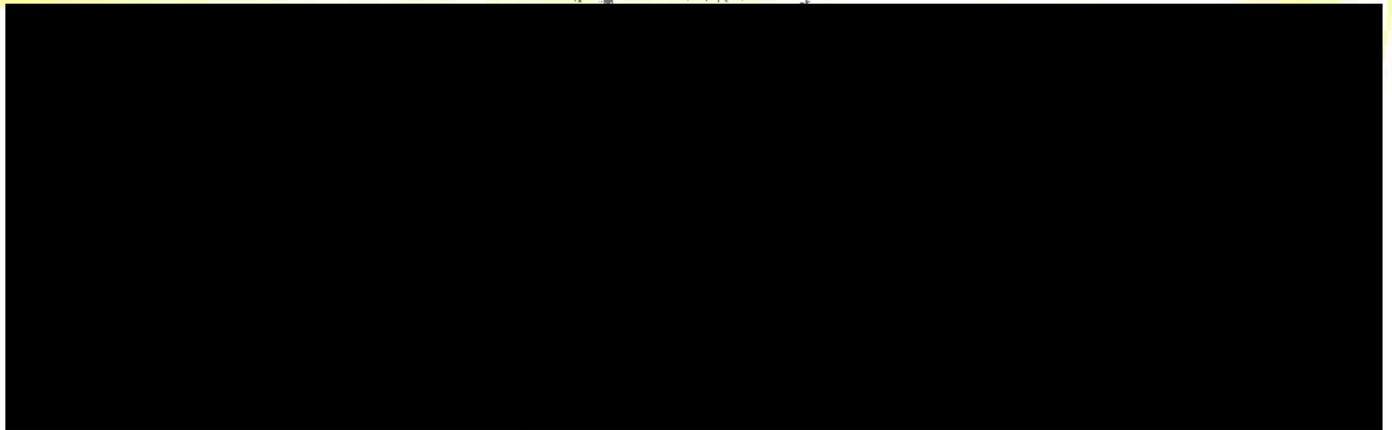
MARTINEZ NAVA JESUS MARIA

No. de Cuenta:



Página: 3

**DETALLE DE MOVIMIENTOS**



0140



SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARIA  
NO. DE COMPROBACION: 200805280957363866510  
R.F.C: [REDACTED]  
NO. DE CERTIFICADO: 1091460

MEXICO, D.F. A 28 DE MAYO DE 2008

DECLARACION DE MODIFICACION PATRIMONIAL 2008

C. JESUS MARIA MARTINEZ NAVA  
SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES  
PRESENTE.

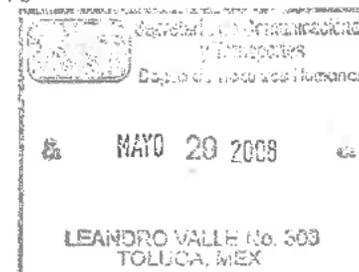
CON ESTA FECHA SE RECIBIO SU DECLARACION DE SITUACION PATRIMONIAL, PRESENTADA, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL TITULO TERCERO, CAPITULO UNICO, DE LA LEY FEDERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DE LOS SERVIDORES PUBLICOS, DE LA QUE SE ACUSA RECIBO.

LA DECLARACION HA SIDO PRESENTADA EN SOBRE QUE CONTIENE EL ARCHIVO 2769314.fir CON CARACTERES DE AUTENTICIDAD d5 50 f3 b0 64 31 93 b3 09 b6 fe ed 53 69 dc 6a 2b 75 37 96, 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:d1 d2 12 09 ee 5d 22 bb ca 70 a9 ac 7c d6 f3 74 8f 8a 73 70

0139



00003415



**OFICIALÍA MAYOR  
DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS  
DIRECCIÓN DE ASUNTOS LABORALES**

**DATOS REGISTRADOS EN EL SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES**

|   |   |                |                    |   |
|---|---|----------------|--------------------|---|
| <b>MARTINEZ NAVA JESUS MARIA</b><br>NOMBRE COMPLETO | [REDACTED]  | RPC            | NO. DE CERTIFICADO | 1/1/2005<br>FECHA DE ANTIGÜEDAD EN EL SCGMM<br>(MM/DD/AAAA) |
| 635<br>CLAVE DE U. A.                               | CENTRO SCT ESTADO DE MÉXICO<br>UNIDAD ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN |                |                    |   |
| PQ01<br>NIVEL ACTUAL                                | PUESTO DE ENLACE<br>DENOMINACIÓN DEL PUESTO                         | 74<br>BÁSICA   | 0<br>POTENCIACIÓN  | NO APLICA<br>FORMA DE PAGO                                  |
|   |   | SUMA ASEGURADA |                    |   |

| NOMBRE COMPLETO | PARENTESCO | FECHA DE NACIMIENTO<br>(MM/DD/AAAA) | FECHA DE ANTIGÜEDAD<br>(MM/DD/AAAA) | SEXO       |
|-----------------|------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------|
| [REDACTED]      | [REDACTED] | [REDACTED]                          | [REDACTED]                          | [REDACTED] |
|                 |            |                                     |                                     |            |
|                 |            |                                     |                                     |            |
|                 |            |                                     |                                     |            |

**NOTA:** Solo cuenta hasta el 18 de abril de 2008, para realizar alguna modificación a su póliza y deberá acudir al área de Recursos Humanos de su adscripción, para llenar el formato correspondiente (1.7.1 y 1.7.2). Asimismo, en caso de que desee dar de alta o baja a los ascendientes y/o incrementar o disminuir su suma asegurada (potenciación), deberá anexar escrito en original en donde solicita dicho movimiento.

Formato 1.7.1 Para realizar alta o baja de beneficiarios, promoción y/o despromoción  
Formato 1.7.2 Para corrección de fechas de nacimiento, sexo, parentesco, nivel y suma asegurada (potenciación).

Desea realizar modificación en su Certificado Individual

SI
  NO

0138

  
 Jesús Ma. Martínez Nava  
 NOMBRE Y FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

DATOS ACTUALIZADOS AL 31 DE MARZO DE 2008

00003416

00003417

MetLife

México, D.F. a 31 de Marzo del 2008.

Estimado Sr. (a) MARTINEZ NAVA JESUS MARIA  
SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTE  
PRESENTE

REF: PLAN GASTOS MÉDICOS MAYORES

Hijo (a) [REDACTED]

Como es de tu conocimiento a partir del 31 de Marzo del presente año, tu Hijo (a) [REDACTED] deja de formar parte de la póliza colectiva en la cual se encontraba asegurado, por haber excedido el límite de edad, que es de 25 años.

Sin embargo, como parte de los beneficios que se otorgan dentro de tu plan médico, podrás contratar una póliza individual que le permita a tu hijo continuar con su cobertura, la cual le ofrece las siguientes ventajas:

- Reconocimiento de antigüedad generada dentro de la póliza colectiva.
- Pago de gastos complementarios de aquellas enfermedades o accidentes cubiertos por la póliza colectiva.
- Cobertura de padecimientos preexistentes.

Con la finalidad de que continúen con su plan médico, nos permitimos anexarte las siguientes cotizaciones, respetando el mismo nivel de suma asegurada, deducible y coaseguro que tu hijo (a) tenía como tu dependiente económico.

En forma adicional, estamos incluyendo la opción de sustituir la cobertura amplia en el extranjero por cobertura de emergencia en el extranjero, con tres alternativas de forma de pago, anual, semestral y trimestral.

***Te recordamos que cuentas con 30 días naturales a partir de la fecha de baja de la póliza colectiva, para poder contratar tu póliza individual y así seguir gozando de estos beneficios.***

En caso que esta información sea de tu interés, estamos a tus órdenes, en los correos electrónicos, [REDACTED] o puedes acudir a cualquiera de nuestros centros de servicio donde con gusto los atenderemos.

Cuidamos lo que amas de la vida  
Atentamente  
Gerencia Comercial Ex- Servidores.

0137



**SEGURO EX-SERVIDORES GMI**  
Cotización Inicial

**DATOS GENERALES DEL PRODUCTO :**

|            |            |
|------------|------------|
| [Redacted] | [Redacted] |
|------------|------------|

**DATOS PARTICULARES DE ASEGURADOS :**

| Nombre Asegurado | Tipo de Asegurado | Edad       | Sexo       | Prima del Asegurado |
|------------------|-------------------|------------|------------|---------------------|
| [Redacted]       | [Redacted]        | [Redacted] | [Redacted] | [Redacted]          |
|                  |                   |            |            |                     |
|                  |                   |            |            |                     |
|                  |                   |            |            |                     |
|                  |                   |            |            |                     |
|                  |                   |            |            |                     |
|                  |                   |            |            |                     |

|                              |    |            |
|------------------------------|----|------------|
| Prima Total                  | \$ | [Redacted] |
| Derecho de Póliza            | \$ | [Redacted] |
| Recargo por Pago Fraccionado | \$ | [Redacted] |
| Subtotal                     | \$ | [Redacted] |
| I.V.A.                       | \$ | [Redacted] |
| Total                        | \$ | [Redacted] |

**CONSIDERACIONES ESPECIALES :**

- \*SMGM: Salario Mínimo General Mensual vigente en el D.F.
- La Cobertura de Parto Normal solo se otorga a aseguradas titulares o cónyuges.
- La Cobertura de Deportes Peligrosos se otorga a asegurados titulares, cónyuges e hijos.
- La Suma Asegurada Contratada de Gastos Funerarios no podrá exceder a 100 SMGM y para menores de edad 25 SMGM.
- La cotización incluye el reconocimiento de antigüedad, siempre y cuando no existan períodos al descubierto.
- La forma de pago podrá ser anual, semestral o trimestral, con su respectivo recargo por pago fraccionado.
- Los costos y/o coberturas presentadas podrán variar sin previo aviso.
- En caso de permanecer 3 meses o más fuera de la República Mexicana, es necesario que lo comunique por anticipado a MetLife.

**COBERTURAS ADICIONALES CONTRATADAS:**

Cobertura en el Ext

|            |
|------------|
| [Redacted] |
|------------|

Elaboró: RAVS

Fecha de Cotización: 04/03/2008

Cuenta con un período de 30 días naturales a partir de la fecha de vencimiento para pagar la prima, y no perder el reconocimiento de antigüedad ni entrar en período al descubierto.

MetLife

**SEGURO EX-SERVIDORES GMI**  
Cotización Inicial

**DATOS GENERALES DEL PRODUCTO :**

|                         |            |            |
|-------------------------|------------|------------|
| SUMA ASEGURADA:         | [REDACTED] | [REDACTED] |
| DEDUCIBLE:              | [REDACTED] | [REDACTED] |
| COASEGURO:              | [REDACTED] | [REDACTED] |
| NIVEL DE TABLA DE I.G.: | [REDACTED] | [REDACTED] |

**DATOS PARTICULARES DE ASEGURADOS :**

| Nombre del Asegurado | Edad       | Sexo       | Prima del Asegurado |
|----------------------|------------|------------|---------------------|
| [REDACTED]           | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED]          |
| [REDACTED]           | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED]          |
| [REDACTED]           | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED]          |
| [REDACTED]           | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED]          |
| [REDACTED]           | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED]          |
| [REDACTED]           | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED]          |
| [REDACTED]           | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED]          |
| [REDACTED]           | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED]          |

|                              |               |
|------------------------------|---------------|
| Prima Total                  | \$ [REDACTED] |
| Derecho de Póliza            | \$ [REDACTED] |
| Recargo por Pago Fraccionado | \$ [REDACTED] |
| Subtotal                     | \$ [REDACTED] |
| I.V.A.                       | \$ [REDACTED] |
| Total                        | \$ [REDACTED] |

**CONSIDERACIONES ESPECIALES :**

- \*\*SMGM: Salario Mínimo General Mensual vigente en el D.F.
- La Cobertura de Parto Normal solo se otorga a aseguradas titulares o cónyuges.
- La Cobertura de Deportes Peligrosos se otorga a asegurados titulares, cónyuges e hijos.
- La Suma Asegurada Contratada de Gastos Funerarios no podrá exceder a 100 SMGM y para menores de edad 25 SMGM.
- La cotización incluye el reconocimiento de antigüedad, siempre y cuando no existan periodos al descubierto.
- La forma de pago podrá ser anual, semestral o trimestral, con su respectivo recargo por pago fraccionado.
- Los costos y/o coberturas presentados podrán variar sin previo aviso.
- En caso de permanecer 3 meses o más fuera de la República Mexicana, es necesario que lo comunique por anticipado a MetLife.

**COBERTURAS ADICIONALES CONTRATADAS:**

Cobertura en el Ext

|              |               |
|--------------|---------------|
| 1 pago de:   | \$ [REDACTED] |
| y 1 pago de: | \$ [REDACTED] |

Elaboró: RAVS

Fecha de Cotización: 04/03/2008

Cuenta con un periodo de 30 días naturales a partir de la fecha de vencimiento para pagar la prima, y no perder el reconocimiento de antigüedad ni entrar en periodo al descubierto.

00003421

### SEGURO EX-SERVIDORES GMI Cotización Inicial

#### DATOS GENERALES DEL PRODUCTO :

|                         |            |            |
|-------------------------|------------|------------|
| SUMA ASEGURADA:         | [REDACTED] | [REDACTED] |
| DEDUCIBLE:              | [REDACTED] | [REDACTED] |
| COASEGURO:              | [REDACTED] | [REDACTED] |
| NIVEL DE TABLA DE I.Q.: | [REDACTED] | [REDACTED] |

#### DATOS PARTICULARES DE ASEGURADOS :

| Nombre Asegurado | Tipo de Asegurado | Edu.       | Sexo       | Prima del Asegurado |
|------------------|-------------------|------------|------------|---------------------|
| [REDACTED]       | [REDACTED]        | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED]          |
|                  |                   |            |            |                     |
|                  |                   |            |            |                     |
|                  |                   |            |            |                     |
|                  |                   |            |            |                     |
|                  |                   |            |            |                     |
|                  |                   |            |            |                     |

|                              |               |
|------------------------------|---------------|
| Prima Total                  | \$ [REDACTED] |
| Derecho de Póliza            | \$ [REDACTED] |
| Recargo por Pago Fraccionado | \$ [REDACTED] |
| Subtotal                     | \$ [REDACTED] |
| I.V.A.                       | \$ [REDACTED] |
| Total                        | \$ [REDACTED] |

#### CONSIDERACIONES ESPECIALES :

- \*\*SMGM. Salario Mínimo General Mensual vigente en el D.F.
- La Cobertura de Parto Normal solo se otorga a aseguradas titulares o cónyuges.
- La Cobertura de Deportes Peligrosos se otorga a asegurados titulares, cónyuges e hijos.
- La Suma Asegurada Contratada de Gastos Funerarios no podrá exceder a 100 SMGM y para menores de edad 25 SMGM.
- La cotización incluye el reconocimiento de antigüedad, siempre y cuando no existan periodos al descubierto.
- La forma de pago podrá ser anual, semestral o trimestral, con su respectivo recargo por pago fraccionado.
- Los costos y/o coberturas presentadas podrán variar sin previo aviso.
- En caso de permanecer 3 meses o más fuera de la República Mexicana, es necesario que lo comunique por anticipado a Mott. Itz.

#### COBERTURAS ADICIONALES CONTRATADAS:

Cobertura en el Ext

|               |               |
|---------------|---------------|
| 1 pago de:    | \$ [REDACTED] |
| y 3 pagos de: | \$ [REDACTED] |

Elaboró: RAVS

Fecha de Cotización : 04/03/2006

Cuenta con un periodo de 30 días naturales a partir de la fecha de vencimiento para pagar la prima, y no perder el reconocimiento de antigüedad ni entrar en periodo al descubierto.

0133

00003422

### SEGURO EX-SERVIDORES GMI Cotización Inicial

#### DATOS GENERALES DEL PRODUCTO :

|                         |            |
|-------------------------|------------|
| SUMA ASEGURADA:         | [REDACTED] |
| DEDUCIBLE:              | [REDACTED] |
| COASEGURO:              | [REDACTED] |
| NIVEL DE TABLA DE I.D.: | [REDACTED] |

#### DATOS PARTICULARES DE ASEGURADOS :

| Nombre del Asegurado | Edad       | Sexo       | Prima del Asegurado |
|----------------------|------------|------------|---------------------|
| [REDACTED]           | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED]          |
|                      |            |            |                     |
|                      |            |            |                     |
|                      |            |            |                     |
|                      |            |            |                     |
|                      |            |            |                     |
|                      |            |            |                     |
|                      |            |            |                     |

|                              |               |
|------------------------------|---------------|
| Prima Total                  | \$ [REDACTED] |
| Derecho de Póliza            | \$ [REDACTED] |
| Recargo por Pago Fraccionado | \$ [REDACTED] |
| Subtotal                     | \$ [REDACTED] |
| I.V.A.                       | \$ [REDACTED] |
| Total                        | \$ [REDACTED] |

#### CONSIDERACIONES ESPECIALES :

- \*\*SMGM Salario Mínimo General Mensual vigente en el D.F.
- La Cobertura de Parto Normal solo se otorga a aseguradas titulares o cónyuges.
- La Cobertura de Daños Peligrosos se otorga a asegurados titulares, cónyuges e hijos.
- La Suma Asegurada Contratada de Gastos Funerarios no podrá exceder a 100 SMGM y para menores de edad 25 SMGM.
- La cotización incluye el reconocimiento de antigüedad, siempre y cuando no existan períodos al descubierto.
- La forma de pago podrá ser anual, semestral o trimestral, con su respectivo recargo por pago fraccionado.
- Los costos y/o coberturas presentadas podrán variar sin previo aviso.

0132

#### COBERTURAS ADICIONALES CONTRATADAS:

Emergencia en el Extranjero

|            |               |
|------------|---------------|
| 1 pago de: | \$ [REDACTED] |
|------------|---------------|

Elaboró: RAVS

Fecha de Cotización : 04/03/2008

Cuenta con un periodo de 30 días naturales a partir de la fecha de vencimiento para pagar la prima, y no perder el reconocimiento de antigüedad ni entrar en período al descubierto.

00003423

**SEGURO EX-SERVIDORES GMI**  
Cotización Inicial

**DATOS GENERALES DEL PRODUCTO :**

|                         |            |            |
|-------------------------|------------|------------|
| SUMA ASEGURADA:         | [REDACTED] | [REDACTED] |
| DEDUCIBLE:              | [REDACTED] | [REDACTED] |
| COASEGURO:              | [REDACTED] | [REDACTED] |
| NIVEL DE TABLA DE I Q : | [REDACTED] | [REDACTED] |

**DATOS PARTICULARES DE ASEGURADOS :**

| Nombre del Asegurado | Tipo de Asegurado | Edad       | Sexo       | Prima del Asegurado |
|----------------------|-------------------|------------|------------|---------------------|
| [REDACTED]           | [REDACTED]        | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED]          |
| [REDACTED]           | [REDACTED]        | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED]          |
| [REDACTED]           | [REDACTED]        | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED]          |
| [REDACTED]           | [REDACTED]        | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED]          |
| [REDACTED]           | [REDACTED]        | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED]          |
| [REDACTED]           | [REDACTED]        | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED]          |
| [REDACTED]           | [REDACTED]        | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED]          |

|                              |    |            |
|------------------------------|----|------------|
| Prima Total                  | \$ | [REDACTED] |
| Derecho de Póliza            | \$ | [REDACTED] |
| Recargo por Pago Fraccionado | \$ | [REDACTED] |
| Subtotal                     | \$ | [REDACTED] |
| I.V.A.                       | \$ | [REDACTED] |
| Total                        | \$ | [REDACTED] |

**CONSIDERACIONES ESPECIALES :**

- SMGM: Salario Mínimo General Mensual vigente en el D.F.
- La Cobertura de Parto Normal solo se otorga a aseguradas solteras o cónyuges.
- La Cobertura de Deportes Peligrosos se otorga a asegurados titulares, cónyuges e hijos.
- La Suma Asegurada Contratada de Gastos Funerarios no podrá exceder a 100 SMGM y para menores de edad 25 SMGM.
- La cotización incluye el reconocimiento de antigüedad, siempre y cuando no existan periodos al descubierto.
- La forma de pago podrá ser anual, semestral o trimestral, con su respectivo recargo por pago fraccionado.
- Los costos y/o coberturas presentadas podrán variar sin previo aviso.

0131

**COBERTURAS ADICIONALES CONTRATADAS:**

Emergencia en el Extranjero

|            |
|------------|
| [REDACTED] |
|------------|

Elaboró: RAVS

Fecha de Cotización: 04/03/2008

Cuenta con un periodo de 30 días naturales a partir de la fecha de vencimiento para pagar la prima, y no perder el reconocimiento de antigüedad al entrar en periodo al descubierto.

00003424

### SEGURO EX-SERVIDORES GMI Cotización Inicial

#### DATOS GENERALES DEL PRODUCTO :

|                         |            |            |
|-------------------------|------------|------------|
| SUMA ASEGURADA:         | [REDACTED] | [REDACTED] |
| DEDUCIBLE:              | [REDACTED] | [REDACTED] |
| COASEGURO:              | [REDACTED] | [REDACTED] |
| NIVEL DE TABLA DE I.Q.: | [REDACTED] | [REDACTED] |

#### DATOS PARTICULARES DE ASEGURADOS :

| Nombre del Asegurado |            | Edad       |            | Prima del Asegurado |            |
|----------------------|------------|------------|------------|---------------------|------------|
| [REDACTED]           | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED]          | [REDACTED] |
| [REDACTED]           | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED]          | [REDACTED] |
| [REDACTED]           | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED]          | [REDACTED] |
| [REDACTED]           | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED]          | [REDACTED] |
| [REDACTED]           | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED]          | [REDACTED] |
| [REDACTED]           | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED]          | [REDACTED] |
| [REDACTED]           | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED]          | [REDACTED] |
| [REDACTED]           | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED]          | [REDACTED] |

|                              |    |            |
|------------------------------|----|------------|
| Prima Total                  | \$ | [REDACTED] |
| Derecho de Póliza            | \$ | [REDACTED] |
| Recargo por Pago Fraccionado | \$ | [REDACTED] |
| Subtotal                     | \$ | [REDACTED] |
| I.V.A.                       | \$ | [REDACTED] |
| Total                        | \$ | [REDACTED] |

#### CONSIDERACIONES ESPECIALES :

- \*\*SMGM: Salario Mínimo General Mensual vigente en el D.C.
- La Cobertura de Parto Normal esto se otorga a aseguradas titulares o cónyuges.
- La Cobertura de Deportes Peligrosos se otorga a asegurados titulares, cónyuges e hijos.
- La Suma Asegurada Contratada de Gastos Funerarios no podrá exceder a 100 SMGM y para menores de edad 25 SMGM.
- La cotización incluye el reconocimiento de antigüedad, siempre y cuando no existan periodos al descubierto.
- La forma de pago podrá ser anual, semestral o trimestral, con el respectivo recargo por pago fraccionado.
- Los costos y/o coberturas presentados podrán variar sin previo aviso.

0130

#### COBERTURAS ADICIONALES CONTRATADAS:

Emergencia en el Extranjero

|               |    |            |
|---------------|----|------------|
| 1 pago de:    | \$ | [REDACTED] |
| y 3 pagos de: | \$ | [REDACTED] |

Elaboró: RAVS

Fecha de Cotización : 04/03/2008

Cuenta con un periodo de 30 días naturales a partir de la fecha de vencimiento para pagar la prima, y no perder el reconocimiento de antigüedad ni entrar en periodo al descubierto.

00003425

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

ANVERSO

3

6430579

37P1A06

PERIODO QUE AMPARA LA CONSTANCIA MES INICIAL 01 MES FINAL 12 EJERCICIO 2007

ESTA CONSTANCIA DEBE SER CONSERVADA POR EL TRABAJADOR

DATOS DEL TRABAJADOR O ASIMILADO A SALARIOS

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE Pertenencia

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S)

MARTINEZ

NAVA

JESUS MARIA

MARQUE CON "X" EL RECUADRO QUE CORRESPONDA Y/O CONTESTE LO QUE SE SOLICITA:

Table with columns: ÁREA GEOGRÁFICA DEL SALARIO MÍNIMO (1), SI EL PATRÓN REALIZÓ CÁLCULO ANUAL, TARIFA UTILIZADA, DEL EJERCICIO QUE DECLARA, 1991 (Actualizada), FRACCIÓN I (2), FRACCIÓN II (2), APLICADA (3). Includes fields for PROPORCIÓN DEL SUBSIDIO, MARQUE CON "X" SI EL TRABAJADOR ES SINDICALIZADO, RFC (DEL(S) OTRO(S) PATRÓN(ES) (6), and CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA DONDE PRESENTÓ SUS SERVICIOS (5).

IMPUESTO SOBRE LA RENTA

Table for tax calculation with columns: A. TOTAL DE INGRESOS POR SUELDOS, SALARIOS Y CONCEPTOS ASIMILADOS, B. IMPUESTO LOCAL, C. INGRESOS EXENTOS, D. INGRESOS NO ACUMULABLES, E. INGRESOS ACUMULABLES, F. ISR CONFORME A LA TARIFA ANUAL, G. SUBSIDIO ACREDITABLE, H. SUBSIDIO NO ACREDITABLE, I. MONTO DEL SUBSIDIO ACREDITABLE FRACCIÓN III (2), J. MONTO DEL SUBSIDIO ACREDITABLE FRACCIÓN IV (2), K. IMPUESTO SOBRE INGRESOS ACUMULABLES, L. IMPUESTO SOBRE INGRESOS NO ACUMULABLES, M. IMPUESTO SOBRE LA RENTA CAUSADO EN EL EJERCICIO QUE DECLARA (K - L), N. IMPUESTO RETENIDO AL CONTRIBUYENTE.

PAGOS POR SEPARACIÓN

Table for separation payments with columns: O. MONTO TOTAL DEL PAGO EN UNA SOLA EXHIBICIÓN, P. INGRESOS TOTALES POR PAGO EN PARCIALIDADES, Q. MONTO DIARIO PERCIBIDO POR JUBILACIONES, PENSIONES O HABERES DE RETIRO EN PARCIALIDADES, R. CANTIDAD QUE SE HABIERA PERCIBIDO EN EL PERÍODO DE NO HABER PAGO ÚNICO POR JUBILACIONES, PENSIONES O HABERES DE RETIRO EN UNA SOLA EXHIBICIÓN, X. IMPUESTO RETENIDO.

(\*) Es obligatorio completar estos campos

(1) Anotar A, B o C según corresponda al área geográfica que sujeta 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 reforma el Art. 80-A de la LISR, publicado en el DOF el 29 de noviembre del 2001.

(3) Deberá utilizarse este campo, cuando el patrón haya realizado cálculo anual de ISR y al trabajador le correspondiera una proporción distinta a la de los demás trabajadores.

(4) A. Miembros de las sociedades cooperativas de producción, B. Integrantes de sociedades y asociaciones civiles, C. Miembros de consejos directivos, de vigilancia, consultivos o comisionados, D. Actividad empresarial (autónomos), E. Honorarios asimilados a salarios, F. Ingresos en acciones o títulos valor, G. Otros.

(5) 01 Aguascalientes, 02 Baja California, 03 Baja California Sur, 04 Campeche, 05 Coahuila, 06 Colima, 07 Chiapas, 08 Chihuahua, 09 Distrito Federal, 10 Durango, 11 Guanajuato, 12 Guerrero, 13 Hidalgo, 14 Jalisco, 15 México, 16 Michoacán, 17 Morelos, 18 Nayarit, 19 Nuevo León, 20 Oaxaca, 21 Puebla, 22 Querétaro, 23 Quintana Roo, 24 San Luis Potosí, 25 Sinaloa, 26 Sonora, 27 Tabasco, 28 Tamaulipas, 29 Tlaxcala, 30 Veracruz, 31 Yucatán, 32 Zacatecas.

(6) En caso de que el trabajador haya tenido más de un patrón en el ejercicio deberá señalar el(los) RFC de (los) otro(s) patrón(es).

(7) Aplicable a partir del ejercicio 2005.

(8) Tratándose de pagos en parcialidades, número de días del periodo. En el caso de pago de jubilaciones, pensiones u haberes de retiro en una sola exhibición, número de días comprendidos entre la fecha en que se realizó el pago y el 31 de diciembre del año que se trate.

SE EXPIDE POR DUPLICADO

Original - Trabajador o Asimilado a Salarios Duplicado - Retenedor

Handwritten notes: 0129, Recibo como, [Signature], 08/04/08

## PAGOS POR SEPARACIÓN (Continuación)

37P2A06

| REQUISITOS PARA SEPARACIÓN (1) |  |      |   |      |
|--------------------------------|--|------|---|------|
| a.                             | MONTO TOTAL PAGADO                           | 0.00 | c. INGRESOS ACUMULABLES<br>(Último sueldo mensual ordinario) (2)  | 0.00 |
| b.                             | NÚMERO DE AÑOS DE SERVICIO<br>DEL TRABAJADOR | 0.00 | e. IMPUESTO CORRESPONDIENTE AL ÚLTIMO<br>SUELDO MENSUAL ORDINARIO | 0.00 |
| c.                             | INGRESOS EXENTOS                             | 0.00 | g. INGRESOS NO ACUMULABLES  | 0.00 |
| d.                             | INGRESOS GRAVADOS                            | 0.00 | h. IMPUESTO RETENIDO  | 0.00 |

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

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

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

|  | GRAVADO    | EXENTO   |
|--|------------|----------|
| o. SUELDOS, SALARIOS RAYAS Y JORNALES                              | 101,551.00 | 0.00     |
| p. GRATIFICACIÓN ANUAL   | 14,037.00  | 1,489.00 |
| q. VIÁTICOS Y GASTOS DE VIAJE                                      | 0.00       | 0.00     |
| r. TIEMPO EXTRAORDINARIO   | 506.00     | 506.00   |
| s. PRIMA VACACIONAL  | 1,210.00   | 759.00   |
| t. PRIMA DOMINICAL   | 0.00       | 0.00     |
| u. PARTICIPACIÓN DE LOS TRABAJADORES<br>EN LAS UTILIDADES (PTU)    | 0.00       | 0.00     |
| v. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS<br>DENTALES Y HOSPITALARIOS         | 0.00       | 0.00     |
| w. FONDO DE AHORRO   | 0.00       | 0.00     |
| x. CAJA DE AHORRO  | 0.00       | 0.00     |
| y. VALES PARA DESPESA  | 0.00       | 0.00     |
| z. AYUDA PARA GASTOS DE FUNERAL                                    | 0.00       | 0.00     |
| AA. CONTRIBUCIONES A CARGO DEL<br>TRABAJADOR PAGADAS POR EL PATRÓN | 1,201.00   | 0.00     |
| BB. PREMIOS POR PUNTUALIDAD  | 0.00       | 0.00     |
| CC. PRIMA DE SEGURO DE VIDA  | 0.00       | 0.00     |
| DD. SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES                               | 0.00       | 0.00     |
| EE. VALES PARA RESTAURANTE   | 0.00       | 0.00     |

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

(2) Si el pago por separación es menor al último sueldo mensual ordinario deberá anotarse 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 1° de enero de 2005, se anotará el valor del mercado que tenían dichas acciones o títulos valor el 31 de diciembre de 2004.

00003427 3

ANVERSO 37P3A06

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

|  | GRAVADO | EXENTO |
|--|---------|--------|
| F1. VALES PARA GASOLINA                            | 0.00    | 0.00   |
| G1. VALES PARA ROPA                                | 0.00    | 0.00   |
| H1. AYUDA PARA RENTA                               | 0.00    | 0.00   |
| H2. AYUDA PARA ARTICULOS ESCOLARES                 | 0.00    | 0.00   |
| J1. DOTACIÓN O AYUDA PARA ANTECIJOS                | 0.00    | 0.00   |
| K1. AYUDA PARA TRANSPORTE                          | 0.00    | 0.00   |
| L1. CUOTAS SINDICALES PAGADAS POR EL PATRON        | 0.00    | 0.00   |
| M1. SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD                      | 0.00    | 0.00   |
| N1. BECAS PARA TRABAJADORES Y/O SUS HIJOS          | 0.00    | 0.00   |
| O1. PAGOS EFECTUADOS POR OTROS EMPLEADORES (2) (3) | 0.00    | 0.00   |
| P1. OTROS INGRESOS POR SALARIOS                    | 0.00    | 924.00 |

IMPUESTO SOBRE LA RENTA POR SUELDOS Y SALARIOS

|  |            |   |      |
|--|------------|---|------|
| Q1. SUMA DEL INGRESO GRAVADO POR SUELDOS Y SALARIOS (Suma de los campos O al P1 de la columna "gravado")   | 118,505.00 | W1 SALDO A FAVOR DETERMINADO EN EL EJERCICIO QUE DECLARA QUE EL PATRON COMPENSARA DURANTE EL SIGUIENTE EJERCICIO O SOLICITARA SU DEVOLUCION | 0.00 |
| R1. SUMA DEL INGRESO EXENTO POR SUELDOS Y SALARIO (Suma de los campos O al P1 de la columna "exento")  | 3,678.00   | X1 SALDO A FAVOR DEL EJERCICIO ANTERIOR NO COMPENSADO DURANTE EL EJERCICIO QUE AMPARA LA CONSTANCIA   | 0.00 |
| S1. SUMA DE INGRESOS POR SUELDOS Y SALARIOS (Q1 + R1)  | 122,183.00 | Y1 SUMA DE LAS CANTIDADES QUE POR CONCEPTO DE CREDITO AL SALARIO LE CORRESPONDIÓ AL TRABAJADOR (5)  | 0.00 |
| T1. MONTO DEL IMPUESTO LOCAL A LOS INGRESOS POR SUELDOS, SALARIOS Y EN GENERAL POR LA PRESTACION DE UN SERVICIO PERSONAL SUBORDINADO RETENIDO. (4) | 0.00       | Z1 CREDITO AL SALARIO ENTREGADO EN EFECTIVO AL TRABAJADOR DURANTE EL EJERCICIO (6)  | 0.00 |
| U1. IMPUESTO RETENIDO DURANTE EL EJERCICIO   | 10,772.00  | 01 MONTO TOTAL DE INGRESOS OBTENIDOS POR CONCEPTO DE PRESTACIONES DE PREVISION SOCIAL   | 0.00 |
| V1. IMPUESTO RETENIDO POR OTRO(S) PATRON(ES) DURANTE EL EJERCICIO (2)  | 0.00       | b1 SUMA DE INGRESOS EXENTOS POR CONCEPTO DE PRESTACIONES DE PREVISION SOCIAL  | 0.00 |

DATOS DEL RETENEDOR

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES SCT060306495

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRES, O DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL

Centro S.C.T. México

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES

REGISTRO DE POBLACION

APELLIDO PATERNO, MATERNO, NOMBRES

RIVERA VALENZUELA FELIPE DE JESUS

FIRMA DEL RETENEDOR O REPRESENTANTE LEGAL

SELLO DEL RETENEDOR (en caso de tenerlo)

FIRMA DE RECIBIDO POR EL CONTRIBUYENTE

0127

" 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 24 de Marzo del 2008 y a la que le correspondió el numero de folio de operación 6209761, así mismo, SI ( ) o NO ( X) se realizó el calculo 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 capta la constancia realizó el cálculo anual

(3) No deberá duplicar los conceptos exentos que se reúnen una sola vez, por ejemplo: gratificación anual, prima vacacional, entre otras.

(4) Aplicable a a partir de 2005

(5) Se deberá anotar la suma del crédito al salario determinado 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.

Exp 160

# SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

CENTRO S.C.T. ESTADO DE MEXICO  
SUBDIRECCION DE ADMINISTRACION  
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS  
" HOJA UNICA DE SERVICIOS "

HOJA UNICA DE SERVICIOS PARA ISSSTE.

HOJA No 1 DE 3

## 1.- DATOS COMPLETOS DEL TRABAJADOR

Nombre Completo

MARTINEZ NAVA JESUS MARIA [REDACTED]

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s) R.F.C. HOMONIMIA CURP

Domicilio Completo

[REDACTED]

Calle, Av. Calz. Etc. Núm. Ext. E Int. Colonia, Barrio ó Secc. C.P. Ciudad Estado

## 2.- PERIODO DE APORTACIONES AL FONDO DEL I.S.S.S.T.E.

Fecha de Ingreso Fecha de baja

02/01/84 DOS DE ENERO DE MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y CUATRO CONTINUA LABORANDO

Con número Con Letra (día, mes y año) Con Número Con Letra (día, mes y año)

## 3.- MOTIVO Y PERIODO EN QUE OCURRIO LA BAJA ( ), REINGRESO ( ), LICENCIA ( ), y/o SUSPENSIÓN ( ),

| MOTIVO | PERIODO     |             | PUESTO<br>(NOMBRE, CODIGO Y NIVEL) | PAGADURIA | SUELDO<br>COTIZABLE | QUINQUENIOS<br>(PRIMA DE<br>ANTIGÜEDAD) | OTRAS PERCEPCIONES<br>SUJETAS A APORTACIONES<br>DEL ISSSTE | TOTAL (PESOS) |
|--------|-------------|-------------|------------------------------------|-----------|---------------------|---|--|---------------|
|        | DEL         | AL          |                                    |           |                     |   |  |               |
|        | día mes año | día mes año |                                    |           |                     |   |  |               |
|        |             |             |                                    |           |                     |   |  |               |
|        |             |             |                                    |           |                     |   |  |               |
|        |             |             |                                    |           |                     |   |  |               |

## 4.- OBSERVACIONES

[REDACTED]

REVISO AUTORIZA

JEFA DEL DEPTO. DE RECURSOS HUMANOS SUBDIRECTOR DE ADMINISTRACION

C. ROSA MARIA BERRIEL MARTINEZ LAE. VICTOR HUGO ORTIZ RUIZ

0126

Recibido con guayule  
[Signature]

00003423

5.- PERCEPCIONES QUE APORTARON AL FONDO DEL I.S.S.S.T.E.

| PERIODO |     |     |     |     |     | PUESTO (NOMBRE, CODIGO Y NIVEL)   | PAGADURIA | SUELDO COTIZABLE | QUINQUENIOS | OTRAS PERCEPCIONES SUJETAS A ACOTIZACIÓN AL ISSSTE | TOTAL (PESOS) |
|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----------------------------------|-----------|------------------|-------------|--|---------------|
| DEL     |     |     | AL  |     |     |                                   |           |                  |             |  |               |
| dia     | mes | año | dia | mes | año |                                   |           |                  |             |  |               |
| 02      | 01  | 84  | 31  | 10  | 84  | PERF. "L" DE CIM. Y SONDEO        | 63500     | \$ 23.31         |             | \$ 9.32  | \$ 32.63      |
| 01      | 11  | 84  | 31  | 12  | 84  | "                                 | 63500     | \$ 23.31         |             | \$ 15.24   | \$ 38.55      |
| 01      | 01  | 85  | 31  | 05  | 85  | RESIDENTE DE OBRAS CF33080/17     | 63500     | \$ 149.66        |             |  | \$ 149.66     |
| 01      | 06  | 85  | 31  | 08  | 85  | "                                 | 63500     | \$ 155.39        |             |  | \$ 155.39     |
| 01      | 09  | 85  | 31  | 12  | 85  | "                                 | 63500     | \$ 158.39        |             |  | \$ 158.39     |
| 01      | 01  | 86  | 31  | 05  | 86  | "                                 | 63500     | \$ 166.39        |             |  | \$ 166.39     |
| 01      | 06  | 86  | 30  | 06  | 86  | "                                 | 63500     | \$ 178.38        |             |  | \$ 178.38     |
| 01      | 07  | 86  | 31  | 08  | 86  | "                                 | 63500     | \$ 197.86        |             |  | \$ 197.86     |
| 01      | 09  | 86  | 15  | 10  | 86  | "                                 | 63500     | \$ 202.86        |             |  | \$ 202.86     |
| 16      | 10  | 86  | 31  | 12  | 86  | "                                 | 63500     | \$ 219.23        |             |  | \$ 219.23     |
| 01      | 01  | 87  | 31  | 03  | 87  | "                                 | 63500     | \$ 260.89        |             |  | \$ 260.89     |
| 01      | 04  | 87  | 30  | 06  | 87  | "                                 | 63500     | \$ 305.24        |             |  | \$ 305.24     |
| 01      | 07  | 87  | 30  | 09  | 87  | RESID. DE OBRA FORANEA CF33216/22 | 63500     | \$ 363.23        |             |  | \$ 363.23     |
| 01      | 10  | 87  | 31  | 12  | 87  | "                                 | 63500     | \$ 442.42        |             |  | \$ 442.42     |
| 01      | 01  | 88  | 28  | 02  | 88  | "                                 | 63500     | \$ 530.90        |             |  | \$ 530.90     |
| 01      | 03  | 88  | 31  | 12  | 88  | "                                 | 63500     | \$ 546.83        |             |  | \$ 546.83     |
| 01      | 01  | 89  | 31  | 08  | 89  | RESID. DE OBRA FORANEA CF33216/24 | 63500     | \$ 541.43        |             |  | \$ 541.43     |
| 01      | 09  | 89  | 30  | 11  | 89  | "                                 | 63500     | \$ 612.93        | \$ 9.38     |  | \$ 622.31     |
| 01      | 12  | 89  | 31  | 12  | 89  | "                                 | 63500     | \$ 704.29        | \$ 9.38     |  | \$ 713.67     |
| 01      | 01  | 90  | 31  | 07  | 90  | "                                 | 63500     | \$ 709.29        | \$ 9.38     |  | \$ 718.67     |

6. Nombre(s) y Firmas(s) del responsable de la Expedición y del Solicitante.

VERIFICO  
 JEFA DEL DEPTO. DE RECURSOS HUMANOS  
 C. ROSA MARIA BERRIO GONZALEZ

AUTORIZO  
 SUBDIRECTOR DE ADMINISTRACION  
 LAE VICTOR HUGO RUIZ

SOLICITANTE  
 MARTINEZ NAVA JESUS MARIA

TOLUCA, MEX., A 13 DE AGOSTO del 2007

Nota: a) Esta hoja de Servicio se formula de conformidad con la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y la Ley de Responsabilidades para los Servidores Públicos  
 b) No se aceptará este documento cuando no tenga sello oficial, presente raspaduras, enmendaduras o la firma del responsable de su expedición no esté reconocida ante el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales

**SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES**

CENTRO S.C.T. ESTADO DE MEXICO  
SUBDIRECCION DE ADMINISTRACION  
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS  
" HOJA UNICA DE SERVICIOS "

HOJA UNICA DE SERVICIOS PARA ISSSTE.

HOJA No 2 DE 3

**1.- DATOS COMPLETOS DEL TRABAJADOR**

|                       |                  |                         |        |           |        |
|-----------------------|------------------|-------------------------|--------|-----------|--------|
| Nombre Completo       |                  |                         |        |           |        |
| MARTINEZ              | NAVA             | JESUS MARIA             |        |           |        |
| Apellido Paterno      | Apellido Materno | Nombre (s)              | R.F.C. | HOMONIMIA | CURP   |
| Domicilio Completo    |                  |                         |        |           |        |
|                       |                  |                         |        |           |        |
| Calle, Av. Calz. Etc. | Núm. Ext. E Int. | Colonia, Barrio ó Secc. | C.P.   | Ciudad    | Estado |

**2.- PERIODO DE APORTACIONES AL FONDO DEL I.S.S.S.T.E.**

|  |  |
|--|--|
| Fecha de Ingreso   | Fecha de baja                              |
| 02/01/84      DOS DE ENERO DE MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y CUATRO | CONTINUA LABORANDO                         |
| Con número   | Con Letra (día, mes y año)                 |
|  | Con Número      Con Letra (día, mes y año) |

**3.- MOTIVO Y PERIODO EN QUE OCURRIÓ LA BAJA ( ), REINGRESO ( ), LICENCIA ( ), y/o SUSPENSIÓN ( - ).**

| MOTIVO | PERIODO     |             | PUESTO<br>(NOMBRE, CODIGO Y NIVEL) | PAGADURIA | SUELDO<br>COTIZABLE | QUINQUENIOS<br>(PRIMA DE<br>ANTIGÜEDAD) | OTRAS PERCEPCIONES<br>SUJETAS A APORTACIONES<br>DEL ISSSTE | TOTAL (PESOS) |
|--------|-------------|-------------|------------------------------------|-----------|---------------------|---|--|---------------|
|        | DEL         | AL          |                                    |           |                     |   |  |               |
|        | día mes año | día mes año |                                    |           |                     |   |  |               |
|        |             |             |                                    |           |                     |   |  |               |
|        |             |             |                                    |           |                     |   |  |               |
|        |             |             |                                    |           |                     |   |  |               |

**4.- OBSERVACIONES**

REVISÓ  
JEFA DEL DEPTO. DE RECURSOS HUMANOS  
  
C. ROSA MARIA BERTELA BERRIEL MARTINEZ

AUTORIZÓ  
SUBDIRECTOR DE ADMINISTRACION  
  
LAE. VICTOR RUBEN ORTIZ RUIZ

0125

00003423

5.- PERCEPCIONES QUE APORTARON AL FONDO DEL I.S.S.S.T.E.

| PERIODO |     |     |     |     |     | PUESTO (NOMBRE, CODIGO Y NIVEL)           | PAGADURIA | SUELDO COTIZABLE | QUINQUENIOS | OTRAS PERCEPCIONES SUJETAS A ACOTIZACIÓN AL ISSSTE | TOTAL (PESOS) |
|---------|-----|-----|-----|-----|-----|---|-----------|------------------|-------------|--|---------------|
| DEL     |     |     | AL  |     |     |   |           |                  |             |  |               |
| día     | mes | año | día | mes | año |   |           |                  |             |  |               |
| 01      | 08  | 90  | 30  | 11  | 90  | RESID. DE OBRA FORANEA CF33216/24         | 63500     | \$ 743.39        | \$ 9.38     |  | \$ 752.77     |
| 01      | 12  | 90  | 31  | 03  | 91  | .   | 63500     | \$ 847.47        | \$ 14.06    |  | \$ 861.53     |
| 01      | 04  | 91  | 31  | 07  | 91  | SUPERV. PROG. Y PROY. DE OBRA CF088099/24 | 63500     | \$ 1,010.40      | \$ 14.06    |  | \$ 1,024.46   |
| 01      | 08  | 91  | 30  | 11  | 91  | SUPERV. PROG. Y PROY. OBRA CF088099/27ZB  | 63500     | \$ 1,182.18      | \$ 14.06    |  | \$ 1,196.24   |
| 01      | 12  | 91  | 30  | 11  | 92  | .   | 63500     | \$ 1,300.40      | \$ 28.12    |  | \$ 1,328.52   |
| 01      | 12  | 92  | 30  | 11  | 93  | .   | 63500     | \$ 1,391.45      | \$ 30.10    |  | \$ 1,421.55   |
| 01      | 12  | 93  | 30  | 06  | 94  | .   | 63500     | \$ 1,512.50      | \$ 30.10    |  | \$ 1,542.60   |
| 01      | 07  | 94  | 31  | 12  | 94  | .   | 63500     | \$ 1,512.50      | \$ 36.10    |  | \$ 1,548.60   |
| 01      | 01  | 95  | 31  | 05  | 95  | .   | 63500     | \$ 1,618.40      | \$ 36.10    |  | \$ 1,654.50   |
| 01      | 06  | 95  | 31  | 12  | 95  | .   | 63500     | \$ 1,630.00      | \$ 36.10    |  | \$ 1,666.10   |
| 01      | 01  | 96  | 15  | 05  | 96  | .   | 63500     | \$ 1,793.00      | \$ 36.10    |  | \$ 1,829.10   |
| 16      | 05  | 96  | 30  | 06  | 96  | .   | 63500     | \$ 1,797.40      | \$ 36.10    |  | \$ 1,833.50   |
| 01      | 07  | 96  | 31  | 12  | 96  | .   | 63500     | \$ 2,013.10      | \$ 36.10    |  | \$ 2,049.20   |
| 01      | 01  | 97  | 28  | 02  | 97  | .   | 63500     | \$ 2,013.10      | \$ 55.00    |  | \$ 2,068.10   |
| 01      | 03  | 97  | 31  | 03  | 97  | .   | 63500     | \$ 2,315.06      | \$ 55.00    |  | \$ 2,370.06   |
| 01      | 03  | 98  | 28  | 02  | 99  | .   | 63500     | \$ 2,639.16      | \$ 55.00    |  | \$ 2,694.16   |
| 01      | 03  | 99  | 30  | 06  | 99  | .   | 63500     | \$ 3,008.65      | \$ 55.00    |  | \$ 3,063.65   |
| 01      | 07  | 99  | 31  | 01  | 00  | .   | 63500     | \$ 3,008.65      | \$ 82.00    |  | \$ 3,090.65   |
| 01      | 02  | 00  | 31  | 12  | 00  | .   | 63500     | \$ 3,309.50      | \$ 82.00    |  | \$ 3,391.50   |
| 01      | 01  | 01  | 31  | 12  | 01  | .   | 63500     | \$ 3,657.00      | \$ 82.00    |  | \$ 3,739.00   |

6. Nombre(s) y Firmas(s) del responsable de la Expedición y del Solicitante.

VERIFICO  
JEFA DEL DEPTO. DE RECURSOS HUMANOS  
C. ROSA MARIA REYES GABRIEL MARTINEZ

AUTORIZO  
SUBDIRECTOR DE ADMINISTRACION  
LA E. VICTOR HUGO ORTIZ RUIZ.

SOLICITANTE  
MARTINEZ NAVA JESUS MARIA

TOLUCA, MEX., A 13 DE AGOSTO del 2007

Nota: a) Esta hoja de Servicio se formula de conformidad con la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y la Ley de Responsabilidades para los Servidores Públicos  
b) No se aceptará este documento cuando no tenga sello oficial, presente raspaduras, enmendaduras o la firma del responsable de su expedición no esté reconocida ante el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales

# SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

CENTRO S.C.T. ESTADO DE MEXICO  
SUBDIRECCION DE ADMINISTRACION  
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS  
" HOJA UNICA DE SERVICIOS "

HOJA UNICA DE SERVICIOS PARA ISSSTE.

HOJA No 3 DE 3

## 1.- DATOS COMPLETOS DEL TRABAJADOR

|                       |                  |                         |        |           |        |
|-----------------------|------------------|-------------------------|--------|-----------|--------|
| Nombre Completo       |                  |                         |        |           |        |
| MARTINEZ              | NAVA             | JESUS MARIA             |        |           |        |
| Apellido Paterno      | Apellido Materno | Nombre (s)              | R.F.C. | HOMONIMIA | CURP   |
| Domicilio Completo    |                  |                         |        |           |        |
|                       |                  |                         |        |           |        |
| Calle, Av. Calz. Etc. | Núm. Ext. E Int. | Colonia, Barrio ò Secc. | C.P.   | Ciudad    | Estado |

## 2.- PERIODO DE APORTACIONES AL FONDO DEL I.S.S.S.T.E.

|                  |  |                    |                            |
|------------------|--|--------------------|----------------------------|
| Fecha de Ingreso |  | Fecha de baja      |                            |
| 02/01/84         | DOS DE ENERO DE MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y CUATRO | CONTINUA LABORANDO |                            |
| Con número       | Con Letra (día, mes y año)                       | Con Número         | Con Letra (día, mes y año) |

## 3.- MOTIVO Y PERIODO EN QUE OCURRIÓ LA BAJA ( ), REINGRESO ( ), LICENCIA ( ), y/o SUSPENSIÓN ( ),

| MOTIVO | PERIODO |     |     |     | PUESTO<br>(NOMBRE, CODIGO Y NIVEL) | PAGADURIA | SUELDO<br>COTIZABLE | QUINQUENIOS<br>(PRIMA DE<br>ANTIGÜEDAD) | OTRAS PERCEPCIONES<br>SUJETAS A APORTACIONES<br>DEL ISSSTE | TOTAL (PESOS) |
|--------|---------|-----|-----|-----|------------------------------------|-----------|---------------------|---|--|---------------|
|        | DEL     |     | AL  |     |                                    |           |                     |   |  |               |
|        | dia     | mes | año | dia |                                    |           |                     |   |  |               |
|        |         |     |     |     |                                    |           |                     |   |  |               |
|        |         |     |     |     |                                    |           |                     |   |  |               |
|        |         |     |     |     |                                    |           |                     |   |  |               |

## 4.- OBSERVACIONES

REVISÓ  
JEFA DEL DEPTO. DE RECURSOS HUMANOS  
  
C. ROSA MARIA BERBIEL MARTINEZ

AUTORIZÓ  
SUBDIRECTOR DE ADMINISTRACION  
  
LAE. VICTOR HUGO ORTIZ RUIZ

0124

00003430



00003431

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

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES CON

[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 VALIDEZ 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 VALIDEZ 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.

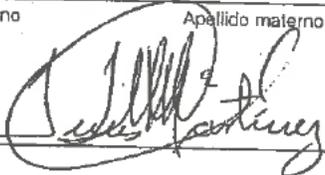
Me doy por enterado que la suma asegurada por potenciación que se otorgará a mis beneficiarios, es la que se señala en este documento, dejando sin efectos la que se señaló en

Consentimiento para ser Asegurado y Designación de Beneficiarios del Seguro de Vida Institucional.

| SUMA ASEGURADA DE LA POTENCIACION EN MESES |        |       |
|--|--------|-------|
| 34   | 51     | 68    |
|  |        | X     |
| 1.30 %                                     | 1.90 % | 2.5 % |

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

Nombre del Asegurado: MARTINEZ NAVA JESUS MA.  
Apellido paterno Apellido materno Nombres

FIRMA: 

0123

Lugar y fecha: Toluca, Méx., a 18 de julio de 2007

CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO Y DESIGNACION DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO INSTITUCIONAL DE VIDA QUE LA SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES OTORGA COMO PRESTACION A LOS SERVIDORES PUBLICOS

NUM. DE EXPEDIENTE

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES CON HOMOCLAVE

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

FAVOR DE LLENAR CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE O A MAQUINA

CONTRATANTE SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

NOMBRE DEL ASEGURADO

MARTINEZ APELLIDO PATERNO, NAVA APELLIDO MATERNO, JESUS MARIA NOMBRE (S)

SUMA ASEGURADA EN MESES

Table with 3 columns: 40, 68, 108

ALTA EN LA DEPENDENCIA

Table with 3 columns: 02, 01, 1984

BENEFICIARIO (S)

PARENTESCO

Redacted beneficiary information table with columns for APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRE (S), and 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 SEGURO QUE ME CORRESPONDAN.

SELLO CUANDO EL ASEGURADO NO PUEDA FIRMAR



Firma manuscrita del asegurado con el texto FIRMA DEL ASEGURADO.

Lugar y fecha en que se firma este consentimiento:

Toluca, Méx., a 02 de mayo de 2007

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

0122

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 su representacion 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 al instrumento adecuado para tales designaciones. Las designaciones que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoria de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombre beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo tendria 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.



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE MEXICO  
REGISTRO CIVIL

00003435

FOLIO No. [REDACTED]

ACTA DE NACIMIENTO

CLAVE UNICA DE REG. DE POBLACION

FECHA DE REGISTRO

DIA MES AÑO

29 11 58

EN NOMBRE DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE MEXICO Y COMO OFICIAL 01

DEL REGISTRO CIVIL DE ESTA MUNICIPALIDAD O DELEGACION CERTIFICO:

VER CIERTO QUE EN EL LIBRO No. [REDACTED]

DEL REGISTRO CIVIL CARGO EN LA FOJA [REDACTED] SE ENCUENTRA ASEN-

TADA EL ACTA No. [REDACTED] LEVANTADA POR EL C. OFICIAL 01 DEL REGISTRO CIVIL

EN LA CUAL SE CONTIENEN LOS SIGUIENTES DATOS

REGISTRADO

PADRES

ABUELOS

TESTIGOS

DOMICILIO

SE EXTIENDE ESTA CERTIFICACION EN CUMPLIMIENTO DEL ARTICULO 35 DEL  
CODIGO CIVIL VIGENTE EN EL ESTADO EN COATEPEC HARINAS

A LOS 17 DIAS DEL MES DE AGOSTO DE 1985.

EL C. OFICIAL 01 DEL REGISTRO CIVIL, DOY FE.

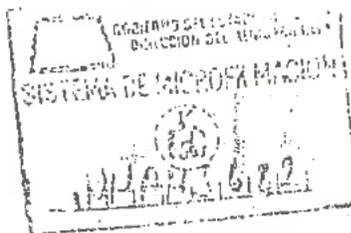
NOMBRE MARIA ANGELICA ROBERTINA DIAZ DIAZ.

SELLO DE LA OFICIALIA  
DEL REGISTRO CIVIL

MAYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL



0121



00003434

CONTINENTE No. [REDACTED]  
ACTA DE NACIMIENTO

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE MEXICO  
REGISTRO CIVIL

CURP [REDACTED]  
CLAVE UNICA DE REG. DE POBLACION [REDACTED]

[REDACTED] EN [REDACTED] FICHA DE REGISTRO DIA MES AÑO

REGISTRADO  
PADRES  
ABUELOS  
TESTIGOS

NOMBRE  
FECHA DE NACIMIENTO  
LUGAR DE NACIMIENTO  
FUE REGISTRADO  
COMPARECIO  
NOMBRE DEL PADRE  
DOMICILIO  
NOMBRE DE LA MADRE  
DOMICILIO  
ABUELO PATRINO  
ABUELA PATRINA  
DOMICILIO  
ABUELO MATERNO  
ABUELA MATERNA  
DOMICILIO  
NOMBRE  
DOMICILIO  
NOMBRE  
DOMICILIO  
NOMBRE  
DOMICILIO

[REDACTED]

COPIA DIGITAL DEL REGISTRO  
LUGAR DE NACIMIENTO

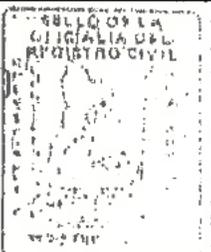
ESTE REGISTRO SE EMITE DE ACUERDO CON LA LEY Y CONFORME CON LO DISPUESTO EN LA CONSTITUCION FEDERAL DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS Y EN LA LEY DEL REGISTRO CIVIL Y SU REGLAMENTO

EL C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL

NOMBRE: [REDACTED]

FIRMA

[Handwritten Signature]



LA PRESENTE ACTA TIENE VALOR DE ANOTACION EN LOS REGISTROS DE PROPIEDAD Y DE FAMILIA  
SECRETARIA DE INTERIORES No. 00-140-2346



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE MEXICO  
REGISTRO CIVIL

00003435

Folio No. C 3963161

ACTA DE NACIMIENTO

CLAVE DE REG. E IDENTIDAD PERSONAL

FECHA DE REGISTRO  
DIA MES AÑO

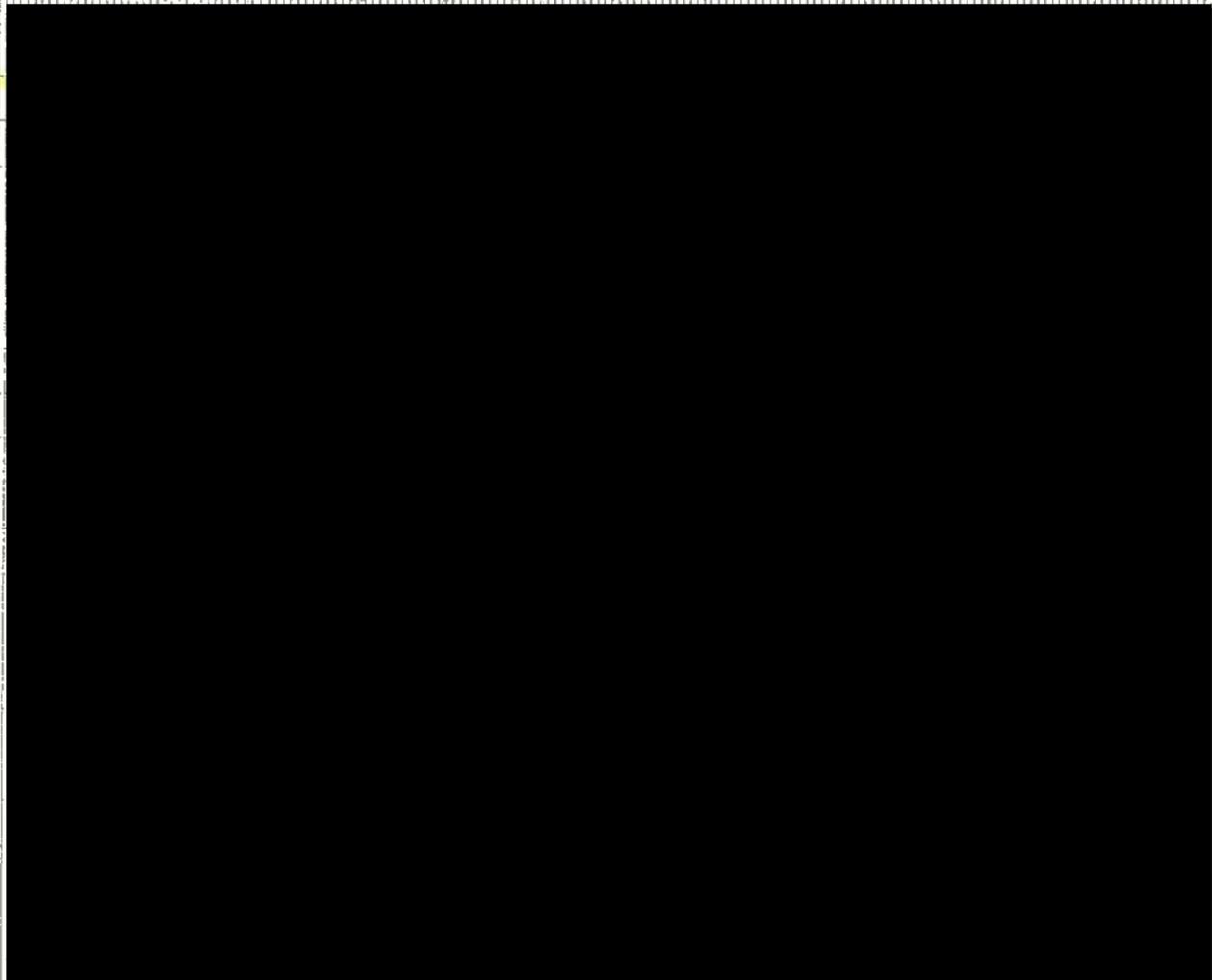
EN NOMBRE DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE MEXICO Y COMO OFICIAL  
DEL REGISTRO CIVIL DE ESTA MUNICIPIALIDAD O DELEGACION CERTIFICO:  
SER CIERTO QUE EL LIBRO No. [REDACTED]

DEL REGISTRO CIVIL QUE ES A MI CARGO, EN LA FOJA [REDACTED] SE ENCUENTRA ASEN-  
TADA EL ACTA No. [REDACTED] EVANTADA POR EL C. OFICIAL [REDACTED] DEL REGISTRO CIVIL

EN LA CUAL SE CONTIENEN LOS SIGUIENTES DATOS **GENERALES.**

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE MEXICO  
MUNICIPIALIDAD DE COATEPEC HARINAS

NOMBRE  
FECHA DE NACIMIENTO  
LUGAR DE NACIMIENTO  
LUGAR REGISTRADO  
COMPARECIO:  
NOMBRE DEL PADRE  
NACIONALIDAD  
NOMBRE DE LA MADRE  
NACIONALIDAD  
ABUELO PATERNO  
ABUELA PATERNA  
DOMICILIO S:  
ABUELO MATERNO  
ABUELA MATERNA  
DOMICILIO S:  
NOMBRE  
DOMICILIO  
NOMBRE  
DOMICILIO  
NOMBRE  
DOMICILIO



SE EXTIENDE ESTA CERTIFICACION EN CUMPLIMIENTO DEL ARTICULO 35 DEL  
CODIGO CIVIL VIGENTE EN EL ESTADO EN COATEPEC HARINAS, MEXICO  
A LOS 09 DIAS DEL MES DE MAYO DE 2001

REFO DE LA OFICIALIA  
DEL REGISTRO CIVIL  
M. AYUNTAMIENTO  
CONSTITUCIONAL  
COATEPEC HARINAS, MEX.

EL C. OFICIAL [REDACTED] DEL REGISTRO CIVIL DOY FE

NOMBRE **CRISANTO ESTRADA AGUILAR**

0119



OFICIAL A DEL  
REGISTRO CIVIL



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE MEXICO  
REGISTRO CIVIL

Folio No. [REDACTED]

ACTA DE NACIMIENTO

SECRETARIA DE INTERIORES  
SECRETARIA DE SALUD Y PROTECCION DEL CONSUMIDOR  
SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA  
SECRETARIA DE ECONOMIA  
SECRETARIA DE AGRICULTURA, GANADERIA Y DESARROLLO RURAL  
SECRETARIA DE ENERGIA  
SECRETARIA DE FOMENTO ECONOMICO FEDERAL  
SECRETARIA DE JUSTICIA FEDERAL  
SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL  
SECRETARIA DE PLANEACION ECONOMICA  
SECRETARIA DE TRABAJO Y PREVISION SOCIAL  
SECRETARIA DE TURISMO, CULTURA Y FOLKLORE  
SECRETARIA DE VIVIENDA Y OBRAS PUBLICAS  
SECRETARIA DE VOLUNTARIADO SOCIAL

[REDACTED]

EN NOMBRE DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE MEXICO Y COMO OFICIAL  
DEL REGISTRO CIVIL DE ESTA MUNICIPALIDAD  
SER CIERTO QUE EN EL LIBRO No. [REDACTED]  
DEL REGISTRO CIVIL QUE ES A MI CARGO EN LA FOYAJE [REDACTED]  
EN LA CUAL SE CONTIENEN LOS SIGUIENTES DATOS:

REGISTRADO  
PADRES  
ABUELOS  
ESTIGOS

- NOMBRE
- FECHA DE NACIMIENTO
- LUGAR DE NACIMIENTO
- FUE REGISTRADO:
- COMPARECIO:
- NOMBRE DEL PADRE
- NACIONALIDAD
- NOMBRE DE LA MADRE
- NACIONALIDAD
- ABUELO PATERNO
- ABUELA PATERNA
- DOMICILIO(S)
- ABUELO MATERNO
- ABUELA MATERNA
- DOMICILIO(S)
- NOMBRE
- DOMICILIO
- NOMBRE
- DOMICILIO



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

SE EXTIENDE ESTA CERTIFICACION EN CUMPLIMIENTO DEL ARTICULO 35 DEL  
CODIGO CIVIL VIGENTE EN EL ESTADO EN [REDACTED]  
A LOS 11 DIAS DEL MES DE JUNIO DE 1992

EL C. OFICIAL 01 DEL REGISTRO CIVIL DOY FE.

NOMBRE P.D. VICENTE VERGARA RUBI. 0118  
FIRMA [Signature]

SELLO DE LA OFICIALIA  
DEL REGISTRO CIVIL  
M. AYUNTAMIENTO CONSTITUCION



REGISTRO CIVIL 01  
COATEPEC HARINAS, MEI



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
ESTADO DE MICHOACAN

00003437

DIRECCION DEL REGISTRO CIVIL EN EL ESTADO

4229539

No. DE CONTROL

EN NOMBRE DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE [REDACTED]

Y COMO JUEZ DEL REGISTRO CIVIL DE [REDACTED]

CERTIFICO: SER CIERTO QUE EN EL LIBRO No. [REDACTED] TOMO, [REDACTED] SE ENCUEN-

TRA ASENTADA EL ACTA No. [REDACTED] EN LA CUAL SE CONTIENEN LOS SIGUIENTES

FECHA DE REGISTRO: [REDACTED]

[REDACTED]

SE EXTIENDE ESTA CERTIFICACION, EN CUMPLIMIENTO DEL ARTICULO 46.  
DEL CODIGO CIVIL VIGENTE EN EL ESTADO, EN [REDACTED]  
A LOS 23 DIAS DEL MES DE JULIO. DE 1999.

EL C. JUEZ DEL REGISTRO CIVIL, DOY FE.

C. GILBERTO GARCIA TORRES.

NOMBRE

FIRMA



MICHOACAN DE OCAMPO  
GOBIERNO DEL ESTADO  
REGISTRO CIVIL DE  
Cd. HIDALGO, MICH.

DERECHOS \$

SEGUN RECIBO No.



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

NUM. DE EXPEDIENTE

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES CON HOMOCLOVE

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

FAVOR DE LLENAR CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE O A MAQUINA

CONTRATANTE SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

NOMBRE DEL ASEGURADO

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

|   |   |    |    |
|---|---|----|----|
| 2 | 4 | 75 | 10 |
|---|---|----|----|

MARTINEZ APELLIDO PATERNO  
 NAVA APELLIDO MATERNO  
 JESUS MARIA NOMBRE (S)

| ALTA EN LA DEPENDENCIA |    |      |
|------------------------|----|------|
| 02                     | 01 | 1984 |

BENEFICIARIO (S)

PARENTESCO



BENEFICIOS ADICIONAL APORTACIONES EXTRAORDINARIAS

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 SEGURO QUE ME CORRESPONDAN.

SELLO CUANDO EL ASEGURADO NO PUEDA FIRMAR

*[Handwritten Signature]*  
FIRMA DEL ASEGURADO



HUELLA DEL PULGAR DERECHO

Lugar y fecha en que se firma este consentimiento:

Toluca, Méx., a 02 de mayo de 2007

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

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 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 designaciones 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 nombre beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo tendría una obligación moral, pues la designación que se haga de beneficiarios en un contrato de seguro le confiere el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada

0116

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES  
CENTRO DE SERVICIOS AL CLIENTE  
SCT

ZURICH  
4295

Consentimiento Individual para ser asegurado en un Seguro Colectivo Vida.

Manifiesto mi conformidad para ser incluido en el Seguro Colectivo, contratado sobre la vida de los miembros en servicio activo de: SINDICATO NACIONAL DE TRABAJADORES DE LA SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES.

Contratante

Para tal efecto proporciono los siguientes datos:

Nombre: MARTINEZ NAVA JESUS MARIA

Domicilio:

Ocupación: SERVIDOR PUBLICO

Fecha de Nacimiento: [Redacted] Fecha de ingreso al servicio del contratante: 02 / 01 / 84 /

Fecha en que tiene derecho a ingresar al seguro: 16 / 06 / 05 / Edad: 49 AÑOS

Sexo: [Redacted] Sueldo Mensual \$ 5,906.46

Si en los últimos 6 meses ha interrumpido sus labores por causa de Accidente o Enfermedad y/o padece actualmente alguna enfermedad de los detalles más importantes:

Beneficiarios: en el caso de que se desee nombrar 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 como representante de los menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombré beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en el contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

| Beneficiarios | Parentesco (Para efectos de identificación)  |
|---------------|--|
| [Redacted]    | [Redacted] 28 MAR. 2007<br>SINDICATO NACIONAL<br>SRIA. PENS. JUSS. Y<br>DEL SEGURO |

Firmado en TOLUCA, MEX., a 09 de FEBRERO de 2007.

[Signature]  
Firma del Asegurado

- 0115

*Handwritten notes:*  
Este documento y la nota técnica que lo fundamenta, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 36A y 36B de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, por oficio 06-367-1-1.1/23330 Exp.732.1(S-170) /4 de fecha 30 de septiembre de 1995.  
-104/07

Este documento y la nota técnica que lo fundamenta, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 36A y 36B de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, por oficio 06-367-1-1.1/23330 Exp.732.1(S-170) /4 de fecha 30 de septiembre de 1995.



SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA  
NO. DE COMPROBACION: 200705301410242715341  
R.F.C: [REDACTED]  
NO. DE CERTIFICADO: 694432

MEXICO, D.F. A 30 DE MAYO DE 2007

C. JESUS MARIA MARTINEZ NAVA  
SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES  
PRESENTE.

DECLARACION DE MODIFICACION PATRIMONIAL 2007

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 2019885.fir CON CARACTERES DE AUTENTICIDAD 22 87 83 5e ef eb bc 1f e8 98 75 0a 33 e2 df a2 b9 26 f7 10, 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.

CARACTERES DE AUTENTICIDAD DEL ACUSE:b6 bc cf fe 83 28 b2 03 a7 d9 8f.1d b5 7f 64 b2 31 76 e7 5e

0114

00003440

00003441



**CONSTANCIA DE REGISTRO EN EL RFC**  
RFC:

Nombre:  
**JESUS MARIA MARTINEZ NAVA**

**CURP**

Nombre:  
**JESUS MARIA MARTINEZ NAVA**

| Folio | Fecha de Inicio de Operaciones | Fecha de Inscripción |
|-------|--------------------------------|----------------------|
|       | 02-01-1984                     |                      |

ANVERSO

REVERSO

Corte Aquí

Cadena Original

o Digital

Fecha y Hora de emisión 16-02-2007

Sr. Contribuyente se le informa que a través de esta Constancia, se le da a conocer su Clave del Registro Federal de Contribuyentes, así como su Clave Única de Registro de Población, las cuales deberán ser utilizadas para realizar sus trámites ante el Servicio de Administración Tributaria.

Si desea recibir asesoría fiscal especializada en forma gratuita y confidencial vía telefónica, el horario de atención es de lunes a viernes de 08:30 a 21:00 horas, en el número telefónico que a continuación se indica:

**01800**

**INFOSAT**

**4 6 3 6 7 2 8**

0113

00003442



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

635

NO. DE POLIZA:

NO. DE CERTIFICADO:

NO. DE FOLIO:

| DATOS DEL ASEGURADO TITULAR   |                              |                        |             |
|---|------------------------------|------------------------|-------------|
| MARTINEZ NAVA JESUS MARIA<br>SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES |                              | PRIMA NETA:            | \$ 0.00     |
|   |                              | RECARGO PAGO FRAC:     | % 0.00      |
|   |                              | GASTOS EXP. DE POLIZA: | \$ 0.00     |
|   |                              | SUMA:                  | \$ 0.00     |
|   |                              | IVA:                   | \$ 0.00     |
|   |                              | PRIMA ASEGURADO :      | \$ 0.00     |
|   |                              | PRIMA CONTRATANTE:     | \$ 9,763.39 |
| VIGENCIA  |                              | FORMA DE PAGO          |             |
| DE LAS 00 Hrs.<br>DIA MES AÑO   | A LAS 24 Hrs.<br>DIA MES AÑO | MENSUAL                |             |
| 01/01/2007  | 31/12/2007                   |                        |             |

| ELACION DE ASEGURADOS |                 |                        |         |      |   |                        |                        |            |              |
|-----------------------|-----------------|------------------------|---------|------|---|------------------------|------------------------|------------|--------------|
| Número de Certificado | Nombre Completo | Fecha de Alta<br>D M A | Estatus | Sexo | C | F. Nacimiento<br>D M A | F. Antigüedad<br>D M A | Parentesco | Plaza Tarifa |
| [REDACTED]            |                 |                        |         |      |   |                        |                        |            |              |

| COBERTURAS                   | SUMA ASEGURADA | DEDUCIBLE | COASEGURO | NIVEL DE CUBIERTA |
|------------------------------|----------------|-----------|-----------|-------------------|
| ENFERMEDAD                   | 71             | 0.00      | 10.00     | 50.00             |
| COBERTURA EN EL EXTRANJERO   | 71             | 0.00      | 20.00     |                   |
| PREEXISTENCIA                | 74             | 0.00      | 10.00     |                   |
| DEPORTES PELIGROSOS          | 71             | 0.00      | 10.00     | 50.00             |
| PADECIMIENTOS CONGENITOS     | 71             | 0.00      | 10.00     | 50.00             |
| RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD | 71             | 0.00      | 10.00     |                   |
| ESCALA AEREA                 | 71             | 0.00      | 10.00     |                   |

**¡IMPORTANTE!**  
**ESTE CERTIFICADO CANCELA Y SUSTITUYE AL ANTERIOR**  
 "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 14 de FEBRERO de 2007

0112  
 JVERGARA  
 Recibido  
 16-02-07  
 METLIFE MEXICO, S.A.

Toluca  
00003443

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

ANVERSO 37PIA06

643057

PERIODO QUE AMPARA LA CONSTANCIA MES INICIAL 01 MES FINAL 09 EJERCICIO 2006

ESTA CONSTANCIA DEBERA SER CONSERVADA POR EL TRABAJADOR

DATOS DEL TRABAJADOR O ASIMILADO A SALARIOS

|   |                  |   |                                      |   |                    |
|---|------------------|---|--------------------------------------|---|--------------------|
| REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES  | [REDACTED]       |   | CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN | [REDACTED]  |                    |
| APELLIDO PATERNO  | APELLIDO MATERNO |   | NOMBRE(S)                            |   |                    |
| MARTINEZ  | NAVA             |   | JESUS MARIA                          |   |                    |
| MARQUE CON "X" EL RECUADRO QUE CORRESPONDA V/O CONTESTE LO QUE SE SOLICITA:     |                  |   |                                      |   |                    |
| ÁREA GEOGRÁFICA DEL SALARIO MÍNIMO (1)  | A                | SI EL PATRÓN REALIZÓ CÁLCULO ANUAL                              | TARIFA UTILIZADA:                    | DEL EJERCICIO QUE DECLARA                                       | 1991 (Actualizada) |
| PROPORCIÓN DEL SUBSIDIO:  |                  |   |                                      |   |                    |
| CALCULADA CONFORME A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN EL EJERCICIO QUE DECLARA (*) | 0.8800           | CALCULADA CONFORME A DISPOSICIONES VIGENTES EN 1991 (*)         |                                      |   |                    |
| MARQUE CON "X" SI EL TRABAJADOR ES SINDICALIZADO                                |                  | SI ES ASIMILADO A SALARIOS, SEÑALE LA CLAVE CORRESPONDIENTE (4) |                                      | CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA DONDE PRESENTO SUS SERVICIOS (5) | 30                 |
| RFC DEL(LOS) OTRO(S) PATRÓN(ES) (6):  |                  |   |                                      |   |                    |

IMPUESTO SOBRE LA RENTA

|   |           |   |          |
|---|-----------|---|----------|
| A. TOTAL DE INGRESOS POR SUELDOS, SALARIOS Y CONCEPTOS ASIMILADOS (Campo O, más el campo P de esta página, más los campos 1, más L, más n de la página 2, más el campo S1 de la página 3) | 73,778.00 | H. SUBSIDIO NO ACREDITABLE  | 1,865.00 |
| B. IMPUESTO LOCAL A LOS INGRESOS POR SUELDOS, SALARIOS Y EN GENERAL POR LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO O PERSONAL SUBORDINADO(7)  | 0.00      | I. MONTO DEL SUBSIDIO ACREDITABLE FRACCIÓN III (2)  | 0.00     |
| C. INGRESOS EXENTOS (Campo T de esta página, más el campo u de la página 2, más el campo X1 de la página 3)   | 3,851.00  | J. MONTO DEL SUBSIDIO ACREDITABLE FRACCIÓN IV (3)   | 0.00     |
| D. INGRESOS NO ACUMULABLES (Campo W de esta página, más el campo g de la página 2)  | 0.00      | K. IMPUESTO SOBRE INGRESOS ACUMULABLES  | 5,646.00 |
| E. INGRESOS ACUMULABLES (A - B - C - D)   | 69,927.00 | L. IMPUESTO SOBRE INGRESOS NO ACUMULABLES   | 0.00     |
| F. ISR CONFORME A LA TARIFA ANUAL   | 0.00      | M. IMPUESTO SOBRE LA RENTA CAUSADO EN EL EJERCICIO QUE DECLARA (K - L)  | 5,646.00 |
| G. SUBSIDIO ACREDITABLE   | 5,181.00  | N. IMPUESTO RETENIDO AL CONTRIBUYENTE (Campo X de esta página, más los campos n, más j, más n de la página 2, más los campos U1, más V1 de la página 3) | 5,702.00 |

PAGOS POR SEPARACIÓN

|  |  |                            |  |
|--|--|----------------------------|--|
| O. MONTO TOTAL DEL PAGO EN UNA SOLA EXHIBICIÓN (No deberá hacer anotación alguna en P, Q y R)  |  | T. INGRESOS EXENTOS        |  |
| P. INGRESOS TOTALES POR PAGO EN PARCIALIDADES (No hacer anotación alguna en O)   |  | U. INGRESOS GRAVABLES      |  |
| Q. MONTO DIARIO PERCIBIDO POR JUBILACIONES PENSIONES O HABERES DE RETIRO EN PARCIALIDADES (No deberá hacer anotación alguna en O)  |  | V. INGRESOS ACUMULABLES    |  |
| R. CANTIDAD QUE SE HUBIERA PERCIBIDO EN EL PERIODO DE NO HABER PAGO ÚNICO POR JUBILACIONES PENSIONES O HABERES DE RETIRO EN UNA SOLA EXHIBICIÓN (No hacer anotación alguna en O) |  | W. INGRESOS NO ACUMULABLES |  |
| S. NÚMERO DE DÍAS (8)  |  | X. IMPUESTO RETENIDO       |  |

(\*) Es obligatorio requisitar estos campos.

- Anotará A, B o C según corresponda al área geográfica que señala la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos.
- Únicamente para constancias de 2001, de conformidad con el Art. Segundo Transitorio del Decreto por el que se reforma el Art. 80-A de la LISR, publicado en el DOF el 29 de noviembre del 2001.
- Deberá utilizar este campo, cuando el patrón haya realizado cálculo anual de ISR y al trabajador le corresponda una proporción distinta a la de los demás trabajadores.
- A. Miembros de las sociedades cooperativas de producción. B. Integranes de sociedades y asociaciones civiles. C. Miembros de consejos directivos, de vigilancia, consultivos o comisionarios; D. Actividad empresarial (comisionistas). E. Honorarios asimilados a salarios. F. Ingresos en acciones o títulos valor. G. Otros.
- 01 Aguascalientes, 02 Baja California, 03 Baja California Sur, 04 Campeche, 05 Coahuila, 06 Colima, 07 Chiapas, 08 Chihuahua, 09 Distrito Federal, 10 Durango, 11 Guanajuato, 12 Guerrero, 13 Hidalgo, 14 Jalisco, 15 México, 16 Michoacán, 17 Morelos, 18 Nayarit, 19 Nuevo León, 20 Oaxaca, 21 Puebla, 22 Querétaro, 23 Quintana Roo, 24 San Luis Potosí, 25 Sinaloa, 26 Sonora, 27 Tabasco, 28 Tamaulipas, 29 Tlaxcala, 30 Veracruz, 31 Yucatán, 32 Zacatecas.
- En caso de que el trabajador haya tenido más de un patrón en el ejercicio deberá señalar el(los) RFC de los otro(s) patrón(es).
- Aplicable a partir del ejercicio 2005.
- Tratándose de pagos en parcialidades, número de días del periodo. En el caso de pago de jubilaciones, pensiones o haberes de retiro en una sola exhibición, número de días comprendidos entre la fecha en que se realizó el pago y el 31 de diciembre del año que se trata.

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

0111

Recibi Constancia y sus respectivos  
[Firma]

2

3

## PAGOS POR SEPARACIÓN (Continuación)

|   |      |   |      |
|---|------|---|------|
| a. MONTO TOTAL PAGADO                           | 0.00 | e. INGRESOS ACUMULABLES<br>(Último sueldo mensual ordinario) (2)  | 0.00 |
| b. NÚMERO DE AÑOS DE SERVICIO<br>DEL TRABAJADOR | 0.00 | f. IMPUESTO CORRESPONDIENTE AL ÚLTIMO<br>SUELDO MENSUAL ORDINARIO | 0.00 |
| c. INGRESOS EXENTOS                             | 0.00 | g. INGRESOS NO ACUMULABLES  | 0.00 |
| d. INGRESOS GRAVADOS                            | 0.00 | h. IMPUESTO RETENIDO  | 0.00 |

4

## 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<br>TITULOS VALOR AL EJERCER LA OPCIÓN (4)            | m. INGRESO ACUMULABLE<br>(k - l siempre que k sea mayor) |
| l. PRECIO ESTABLECIDO AL OTORGARSE LA<br>OPCIÓN DE INGRESOS EN ACCIONES O<br>TITULOS VALOR | n. IMPUESTO RETENIDO                                     |

5

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

|  | GRAVADO   | EXENTO   |
|--|-----------|----------|
| a. SUELDOS, SALARIOS RAYAS Y JORNALES                              | 69,594.00 | 0.00     |
| b. GRATIFICACIÓN ANUAL   | 0.00      | 2,793.00 |
| c. VIÁTICOS Y GASTOS DE VIAJE                                      | 0.00      | 0.00     |
| d. TIEMPO EXTRAORDINARIO   | 0.00      | 0.00     |
| e. PRIMA VACACIONAL  | 333.00    | 365.00   |
| f. PRIMA DOMINICAL   | 0.00      | 0.00     |
| g. PARTICIPACIÓN DE LOS TRABAJADORES<br>EN LAS UTILIDADES (PTU)    | 0.00      | 0.00     |
| h. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS<br>DENTALES Y HOSPITALARIOS         | 0.00      | 0.00     |
| i. FONDO DE AHORRO   | 0.00      | 0.00     |
| j. CAJA DE AHORRO  | 0.00      | 0.00     |
| k. VALES PARA DESPENSA   | 0.00      | 0.00     |
| l. AYUDA PARA GASTOS DE FUNERAL                                    | 0.00      | 0.00     |
| M1. CONTRIBUCIONES A CARGO DEL<br>TRABAJADOR PAGADAS POR EL PATRÓN | 0.00      | 0.00     |
| M2. PREMIOS POR PUNTUALIDAD  | 0.00      | 0.00     |
| N1. PRIMA DE SEGURO DE VIDA  | 0.00      | 0.00     |
| N2. SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES                               | 0.00      | 0.00     |
| O1. VALES PARA RESTAURANTE   | 0.00      | 0.00     |

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

(2) Si el pago por separación es menor al último sueldo mensual ordinario deberá anotar 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 1° de enero de 2005, se anotará el valor del mercado que tenían dichas acciones o títulos valor al 31 de diciembre de 2004.

3  
5

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

|  | GRAVADO | EXENTO |
|--|---------|--------|
| FI. VALES PARA GASOLINA                            | 0.00    | 0.00   |
| GI. VALES PARA ROPA                                | 0.00    | 0.00   |
| HI. AYUDA PARA RENTA                               | 0.00    | 0.00   |
| II. AYUDA PARA ARTICULOS ESCOLARES                 | 0.00    | 0.00   |
| JI. DOTACIÓN O AYUDA PARA ANTEOJOS                 | 0.00    | 0.00   |
| KI. AYUDA PARA TRANSPORTE                          | 0.00    | 0.00   |
| LI. CUOTAS SINDICALES PAGADAS POR EL PATRON        | 0.00    | 0.00   |
| MI. SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD                      | 0.00    | 0.00   |
| NI. BECAS PARA TRABAJADORES Y/O SUS HIJOS          | 0.00    | 0.00   |
| OI. PAGOS EFECTUADOS POR OTROS EMPLEADORES (2) (3) | 0.00    | 0.00   |
| PI. OTROS INGRESOS POR SALARIOS                    | 0.00    | 693.00 |

6

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")  | 69,927.00 | WI SALDO A FAVOR DETERMINADO EN EL EJERCICIO QUE DECLARA QUE EL PATRON COMPENSARA DURANTE EL SIGUIENTE EJERCICIO O SOLICITARA SU DEVOLUCIÓN | 0.00 |
| RJ. SUMA DEL INGRESO EXENTO POR SUELDOS Y SALARIO (Suma de los campos O al P1 de la columna "exento")   | 3,851.00  | XI SALDO A FAVOR DEL EJERCICIO ANTERIOR NO COMPENSADO DURANTE EL EJERCICIO QUE AMPARA LA CONSTANCIA   | 0.00 |
| SI. SUMA DE INGRESOS POR SUELDOS Y SALARIOS (QI + RJ)   | 73,778.00 | YI SUMA DE LAS CANTIDADES QUE POR CONCEPTO DE CREDITO AL SALARIO LE CORRESPONDIÓ AL TRABAJADOR (5)  | 0.00 |
| TI. MONTO DEL IMPUESTO LOCAL A LOS INGRESOS POR SUELDOS, SALARIOS Y EN GENERAL POR LA PRESTACION DE UN SERVICIO PERSONAL SUBORDINADO RETENIDO (4) | 0.00      | ZI CREDITO AL SALARIO ENTREGADO EN EFECTIVO AL TRABAJADOR DURANTE EL EJERCICIO (6)  | 0.00 |
| UI. IMPUESTO RETENIDO DURANTE EL EJERCICIO  | 5,702.00  | aI MONTO TOTAL DE INGRESOS OBTENIDOS POR CONCEPTO DE PRESTACIONES DE PREVISION SOCIAL   | 0.00 |
| VI. IMPUESTO RETENIDO POR OTRO(S) PATRON(ES) DURANTE EL EJERCICIO (2)   | 0.00      | bI SUMA DE INGRESOS EXENTOS POR CONCEPTO DE PRESTACIONES DE PREVISION SOCIAL  | 0.00 |

DATOS DEL RETENEDOR

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES SCT051121NE5

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION

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

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)

RIVERA VALENZUELA FELIPE DE JESUS

FIRMA DEL RETENEDOR O REPRESENTANTE LEGAL

SELLO DEL RETENEDOR (EN CASO DE TENERLO)

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 (multiple) del ejercicio, presentada ante el SAT con fecha 03/04/2007 y a la que le correspondió el número de folio o de operación 4832409, así mismo, SI ( ) o NO(X) se realizó el cálculo anual en los términos que establece la Ley de ISR."

\* 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 eventos que se resten 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 determinado 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.

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

ANVERSO

37PIA06

643057

PERÍODO QUE AMPARA LA CONSTANCIA

MES INICIAL  
10

MES FINAL  
12

EJERCICIO  
2006

ESTA CONSTANCIA DEBERÁ SER CONSERVADA POR EL TRABAJADOR

DATOS DEL TRABAJADOR O ASIMILADO A SALARIOS

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S)

MARTINEZ

NAVA

JESUS MARIA

MARQUE CON "X" EL RECUADRO QUE CORRESPONDA Y/O CONTESTE LO QUE SE SOLICITA:

ÁREA GEOGRÁFICA DEL SALARIO MÍNIMO (1) **A**

SI EL PATRÓN REALIZÓ CÁLCULO ANUAL

TARIFA UTILIZADA:

DEL EJERCICIO QUE DECLARA

1991 (Actualizada)

PROPORCIÓN DEL SUBSIDIO:

0.8800

CALCULADA CONFORME A DISPOSICIONES VIGENTES EN 1991 (\*)

FRACCIÓN I (2)

FRACCIÓN II (2)

APLICADA (3)

CALCULADA CONFORME A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN EL EJERCICIO QUE DECLARA (\*)

MARQUE CON "X" SI EL TRABAJADOR ES SINDICALIZADO

SI ES ASIMILADO A SALARIOS, SEÑALE LA CLAVE CORRESPONDIENTE (4)

CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA DONDE PRESTÓ SUS SERVICIOS (5)

15

RFC DEL(LOS) OTRO(S) PATRÓN(ES) (6):

IMPUESTO SOBRE LA RENTA

|   |           |   |          |
|---|-----------|---|----------|
| A. TOTAL DE INGRESOS POR SUELDOS, SALARIOS Y CONCEPTOS ASIMILADOS (Campo D, más el campo P de esta página, más los campos u, más l, más m de la página 2, más el campo N1 de la página 3) | 35,101.00 | H. SUBSIDIO NO ACREDITABLE  | 371.00   |
| B. IMPUESTO LOCAL A LOS INGRESOS POR SUELDOS, SALARIOS Y EN GENERAL POR LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO O PERSONAL SUBORDINADO(7)  | 0.00      | I. MONTO DEL SUBSIDIO ACREDITABLE FRACCION III (2)  | 0.00     |
| C. INGRESOS EXENTOS (Campo T de esta página, más el campo o de la página 2, más el campo R1 de la página 3)   | 1,326.00  | J. MONTO DEL SUBSIDIO ACREDITABLE FRACCION IV (2)   | 0.00     |
| D. INGRESOS NO ACUMULABLES (Campo W de esta página, más el campo g de la página 2)  | 0.00      | K. IMPUESTO SOBRE INGRESOS ACUMULABLES  | 1,917.00 |
| E. INGRESOS ACUMULABLES (A - B - C - D)   | 33,775.00 | L. IMPUESTO SOBRE INGRESOS NO ACUMULABLES   | 0.00     |
| F. ISR CONFORME A LA TARIFA ANUAL   | 0.00      | M. IMPUESTO SOBRE LA RENTA CAUSADO EN EL EJERCICIO QUE DECLARA (K - L)  | 1,917.00 |
| G. SUBSIDIO ACREDITABLE   | 1,715.00  | N. IMPUESTO RETENIDO AL CONTRIBUYENTE (Campo X de esta página, más los campos h, más j, más n de la página 2, más los campos U1, más V1 de la página 3) | 2,890.00 |

PAGOS POR SEPARACIÓN

|   |  |                            |  |
|---|--|----------------------------|--|
| O. MONTO TOTAL DEL PAGO EN UNA SOLA EXHIBICIÓN (No deberá hacer anotación alguna en P, Q y R)   |  | T. INGRESOS EXENTOS        |  |
| P. INGRESOS TOTALES POR PAGO EN PARCIALIDADES (No hacer anotación alguna en O)  |  | U. INGRESOS GRAVABLES      |  |
| Q. MONTO DIARIO PERCIBIDO POR JUBILACIONES, PENSIONES O HABERES DE RETIRO EN PARCIALIDADES (No deberá hacer anotación alguna en O)  |  | V. INGRESOS ACUMULABLES    |  |
| R. CANTIDAD QUE SE HUBIERA PERCIBIDO EN EL PERÍODO DE NO HABER PAGO ÚNICO POR JUBILACIONES, PENSIONES O HABERES DE RETIRO EN UNA SOLA EXHIBICIÓN (No hacer anotación alguna en O) |  | W. INGRESOS NO ACUMULABLES |  |
| S. NÚMERO DE DÍAS (8)   |  | X. IMPUESTO RETENIDO       |  |

(\*) Es obligatorio requisitar 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 reforma el Art. 80-A de la LISR, publicado en el DOF el 29 de noviembre del 2001.

(3) Deberá utilizar este campo, cuando el patrón haya realizado cálculo anual de ISR y el trabajador le corresponda un proporción distinta a la de los demás trabajadores.

(4) A. Miembros de las sociedades cooperativas de producción. B. Integrantes de sociedades y asociaciones civiles. C. Miembros de consejos directivos, de vigilancia, consultivos o comisionarios. D. Actividad empresarial (comisionistas). E. Honorarios asimilados a salarios. F. Ingresos en acciones o títulos valor. G. Otros.

(5) 01 Aguascalientes, 02 Baja California, 03 Baja California Sur, 04 Campeche, 05 Coahuila, 06 Colima, 07 Chiapas, 08 Chihuahua, 09 Distrito Federal, 10 Durango, 11 Guanajuato, 12 Guerrero, 13 Hidalgo, 14 Jalisco, 15 México, 16 Michoacán, 17 Morelos, 18 Nayarit, 19 Nuevo León, 20 Oaxaca, 21 Puebla, 22 Querétaro, 23 Quintana Roo, 24 San Luis Potosí, 25 Sinaloa, 26 Sonora, 27 Tabasco, 28 Tlaxcala, 29 Veracruz, 30 Yucatán, 32 Zacatecas.

(6) En caso de que el trabajador haya tenido más de un patrón en el ejercicio deberá señalar el(los) RFC de (los) otro(s) patrón(es).

(7) Aplicable a partir del ejercicio 2005.

(8) Tratándose de pagos en parcialidades, número de días del periodo. En el caso de pago de jubilaciones, pensiones o haberes de retiro en una sola exhibición, número de días comprendidos entre la fecha en que se realizó el pago y el 31 de diciembre del año que se trate.

SE EXPIDE POR DUPLICADO

Original - Trabajador o Asimilado a Salarios Duplicado - Retenedor

0108

PAGOS POR SEPARACIÓN (Continuación)

|   |      |   |      |
|---|------|---|------|
| a. MONTO TOTAL PAGADO                           | 0.00 | e. INGRESOS ACUMULABLES<br>(Último sueldo mensual ordinario) (2)  | 0.00 |
| b. NÚMERO DE AÑOS DE SERVICIO<br>DEL TRABAJADOR | 0.00 | f. IMPUESTO CORRESPONDIENTE AL ÚLTIMO<br>SUELDO MENSUAL ORDINARIO | 0.00 |
| c. INGRESOS EXENTOS                             | 0.00 | g. INGRESOS NO ACUMULABLES  | 0.00 |
| d. INGRESOS GRAVADOS                            | 0.00 | h. IMPUESTO RETENIDO  | 0.00 |

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<br>TITULOS VALOR AL EJERCER LA OPCIÓN (4)                                   | m. INGRESO ACUMULABLE<br>(k - l siempre que k sea mayor) |
| l. PRECIO ESTABLECIDO AL OTORGARSE LA<br>OPCIÓN DE INGRESOS EN ACCIONES O<br>TITULOS VALOR                        | n. IMPUESTO RETENIDO                                     |

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

|  | GRAVADO   | EXENTO |
|--|-----------|--------|
| a. SUELDOS, SALARIOS RAYAS Y JORNALES                              | 23,427.00 | 0.00   |
| p. GRATIFICACIÓN ANUAL   | 9,729.00  | 730.00 |
| q. VIÁTICOS Y GASTOS DE VIAJE                                      | 0.00      | 0.00   |
| r. TIEMPO EXTRAORDINARIO   | 0.00      | 0.00   |
| s. PRIMA VACACIONAL  | 619.00    | 365.00 |
| t. PRIMA DOMINICAL   | 0.00      | 0.00   |
| u. PARTICIPACION DE LOS TRABAJADORES<br>EN LAS UTILIDADES (PTU)    | 0.00      | 0.00   |
| v. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS<br>DENTALES Y HOSPITALARIOS         | 0.00      | 0.00   |
| w. FONDO DE AHORRO   | 0.00      | 0.00   |
| x. CAJA DE AHORRO  | 0.00      | 0.00   |
| y. VALES PARA DESPESA  | 0.00      | 0.00   |
| z. AYUDA PARA GASTOS DE FUNERAL                                    | 0.00      | 0.00   |
| AI. CONTRIBUCIONES A CARGO DEL<br>TRABAJADOR PAGADAS POR EL PATRÓN | 0.00      | 0.00   |
| BI. PREMIOS POR PUNTUALIDAD  | 0.00      | 0.00   |
| CI. PRIMA DE SEGURO DE VIDA  | 0.00      | 0.00   |
| DI. SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES                               | 0.00      | 0.00   |
| EI. VALES PARA RESTAURANTE   | 0.00      | 0.00   |

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

(2) Si el pago por separación es menor al último sueldo mensual ordinario deberá anotar 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 1° de enero de 2005, se anotará el valor del mercado que tenían dichas acciones o títulos valor al 31 de diciembre de 2004.

0107

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

|  | GRAVADO | EXENTO |
|--|---------|--------|
| FI. VALES PARA GASOLINA                            | 0.00    | 0.00   |
| GI. VALES PARA ROPA                                | 0.00    | 0.00   |
| HI. AYUDA PARA RENTA                               | 0.00    | 0.00   |
| II. AYUDA PARA ARTICULOS ESCOLARES                 | 0.00    | 0.00   |
| JI. DOTACIÓN O AYUDA PARA ANTEOJOS                 | 0.00    | 0.00   |
| KI. AYUDA PARA TRANSPORTE                          | 0.00    | 0.00   |
| LI. CUOTAS SINDICALES PAGADAS POR EL PATRON        | 0.00    | 0.00   |
| MI. SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD                      | 0.00    | 0.00   |
| NI. BECAS PARA TRABAJADORES Y/O SUS HIJOS          | 0.00    | 0.00   |
| OI. PAGOS EFECTUADOS POR OTROS EMPLEADORES (2) (3) | 0.00    | 0.00   |
| PI. OTROS INGRESOS POR SALARIOS                    | 0.00    | 231.00 |

IMPUESTO SOBRE LA RENTA POR SUELDOS Y SALARIOS:

|  |           |  |      |
|--|-----------|--|------|
| QI. SUMA DEL INGRESO GRAVADO POR SUELDOS Y SALARIOS (Suma de los campos O al PI de la columna "gravado")   | 33,775.00 | W SALDO A FAVOR DETERMINADO EN EL EJERCICIO QUE DECLARA QUE EL PATRÓN COMPENSARÁ DURANTE EL SIGUIENTE EJERCICIO O SOLICITARA SU DEVOLUCIÓN | 0.00 |
| RI. SUMA DEL INGRESO EXENTO POR SUELDOS Y SALARIO (Suma de los campos O al PI de la columna "evento")  | 1,326.00  | XI SALDO A FAVOR DEL EJERCICIO ANTERIOR NO COMPENSADO DURANTE EL EJERCICIO QUE AMPARA LA CONSTANCIA  | 0.00 |
| SI. SUMA DE INGRESOS POR SUELDOS Y SALARIOS (QI + RI)  | 35,101.00 | VI SUMA DE LAS CANTIDADES QUE POR CONCEPTO DE CREDITO AL SALARIO LE CORRESPONDIÓ AL TRABAJADOR (5)   | 0.00 |
| TI. MONTO DEL IMPUESTO LOCAL A LOS INGRESOS POR SUELDOS, SALARIOS Y EN GENERAL POR LA PRESTACION DE UN SERVICIO PERSONAL SUBORDINADO RETENIDO. (4) | 0.00      | ZI CREDITO AL SALARIO ENTREGADO EN EFECTIVO AL TRABAJADOR DURANTE EL EJERCICIO (6)   | 0.00 |
| UI. IMPUESTO RETENIDO DURANTE EL EJERCICIO   | 2,890.00  | ai MONTO TOTAL DE INGRESOS OBTENIDOS POR CONCEPTO DE PRESTACIONES DE PREVISION SOCIAL.   | 0.00 |
| VI. IMPUESTO RETENIDO POR OTRO(S) PATRON(ES) DURANTE EL EJERCICIO (2)  | 0.00      | bi SUMA DE INGRESOS EXENTOS POR CONCEPTO DE PRESTACIONES DE PREVISION SOCIAL   | 0.00 |

DATOS DEL RETENEDOR

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES SCT060306495

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) RIVERA VALENZUELA FELIPE DE JESUS

FIRMA DEL RETENEDOR O REPRESENTANTE LEGAL

SELLO DEL RETENEDOR (EN CASO DE ELVIDER)

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 07/09/2007 y a la que le correspondió el número de folio o de operación 4838976, así mismo, SI ( ) o NO(X) se realizó el cálculo anual en los términos que establece la Ley de ISR."

\* 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 eventuales que se resten 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 determinado 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.

MARTINEZ NAVA JESUS MARIA

Página: 1

**INFORMACION DEL SERVIDOR PUBLICO**

No. de Cuenta: [REDACTED]      Período del: 01-JUL-2006      al: 31-DIC-2006  
 R.F.C.: [REDACTED]      Póliza: SS0001  
 CURP: [REDACTED]  
 No. de Empleado:  
 Área de Adscripción: 635  
 Titular: 0009 SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES  
 Unidad: 0015 SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES EN EL ESTADO DE MÉXICO

*Recibido en el área de  
 Atención al Cliente  
 08/02/07*

**RESUMEN DE SALDOS Y MOVIMIENTOS DEL PERÍODO**

| Descripción   | Reserva Anterior | Primas Aportadas | Intereses de la Reserva | Retiros | Reserva Final |
|---|------------------|------------------|-------------------------|---------|---------------|
| Primas Aportadas por el Asegurado                             | 4,528.20         | 2,298.52         | [REDACTED]              | 0.00    | \$ [REDACTED] |
| Primas Aportadas por Cuenta y en Nombre del Asegurado         | 4,528.20         | 2,298.52         | [REDACTED]              | 0.00    | \$ [REDACTED] |
| Primas Voluntarias Extraordinarias Aportadas por el Asegurado | \$ 9,056.40      | \$ 4,597.04      | \$ [REDACTED]           | \$ 0.00 | \$ [REDACTED] |

**OBSERVACIONES**

ESTE ESTADO DE CUENTA REFLEJA LOS MOVIMIENTOS Y FECHAS DE LAS PRIMAS ENTERADAS POR SU CENTRO DE TRABAJO.

Por cualquier duda o aclaración sobre este Estado de Cuenta favor de dirigir sus observaciones al área de Atención Individual de MetLife México, S.A. dentro de un plazo de 30 días naturales a partir de su recepción. De lo contrario, se considerará aceptada la información en él contenida.

Verifique que sus datos personales y domicilio particular estén correctos; en caso de existir algún error u omisión acuda al área de Recursos Humanos o equivalente de su Centro de Trabajo, para que requisiite el formato correspondiente.

Usted podrá aportar primas voluntarias extraordinarias al Seguro de Separación Individualizado a través de retención en nómina, depósito en cuenta concentradora de ésta Institución que opera BBVA BANCOMER S.A. y BANAMEX.

0105

LA TASA DE RENTABILIDAD OBTENIDA POR SUS RESERVAS DURANTE EL PERÍODO COMPRENDIDO DEL 1o DE JULIO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2006, ES DE 7.57% EN TÉRMINOS ANUALES. CABE PRECISAR QUE EL RENDIMIENTO FUTURO DEPENDERÁ DE LA EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE INTERÉS EN EL MERCADO.

**Consulte nuestro Sistema de Audio-Respuesta para Saludos, Retiro del Fondo e Información General del Seguro, marcando al 5328-7261, teniendo disponible su Número de Cuenta.**



00003451



Estado de Cuenta  
Seguro de Separación Individual

MARTINEZ NAVA JESUS MARIA

Página: 1

**INFORMACION DEL SERVIDOR PUBLICO**

No. de Cuenta: [REDACTED]      Período del: 01-ENE-2006      al: 30-JUN-2006  
 R.F.C.: [REDACTED]      Póliza: 960001  
 CURP: [REDACTED]  
 No. de Empleado: 635  
 Área de Adscripción:  
 Retenedor: 0009 SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES  
 Clave Unidad: 0015 SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES EN EL ESTADO DE MÉXICO

**RESUMEN DE SALDOS Y MOVIMIENTOS DEL PERIODO**

| Descripción   | Reserva Anterior | Primas Aportadas | Intereses de la Reserva | Retiros | Reserva Final |
|---|------------------|------------------|-------------------------|---------|---------------|
| Primas Aportadas por el Asegurado                             | 2,130.21         | 2,287.08         | [REDACTED]              | 0.00    | \$ [REDACTED] |
| Primas Aportadas por Cuenta y en Nombre del Asegurado         | 2,130.21         | 2,287.08         | [REDACTED]              | 0.00    | \$ [REDACTED] |
| Primas Voluntarias-Extraordinarias Aportadas por el Asegurado | \$ 4,260.41      | \$ 4,574.16      | \$ [REDACTED]           | \$ 0.00 | \$ [REDACTED] |

**OBSERVACIONES**

ESTE ESTADO DE CUENTA REFLEJA LOS MOVIMIENTOS Y FECHAS DE LAS PRIMAS ENTERADAS POR SU CENTRO DE TRAB.

Para cualquier duda o aclaración sobre este Estado de Cuenta favor de dirigir sus observaciones al área Operación Individual de MetLife México, S.A., dentro de un plazo de 30 días naturales a partir de su recepción. lo contrario, se considerará aceptada la información en él contenida.

0103

Verifique que sus datos personales y domicilio particular estén correctos; en caso de existir algún error u omisión acuda al área de Recursos Humanos o equivalente de su Centro de Trabajo; para que requisié el formulario correspondiente.

00003452

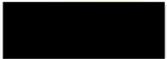
**MetLife®**

**Estado de Cuenta**  
Seguro de Separación Individualizado

**Período del:** 01-ENE-2006 **al:** 30-JUN-2006

MARTINEZ NAVA JESUS MARIA

**No. de Cuenta:**



**Página:** 2

**DETALLE DE MOVIMIENTOS**

Primas del Asegurado  
Fecha

Concepto

Cargo (+)

Abono (-)

Saldo

**MetLife®**

00003453

Estado de Cuenta  
Seguro de Separación Individualizado

Período del: 01-ENE-2006 al: 30-JUN-2006

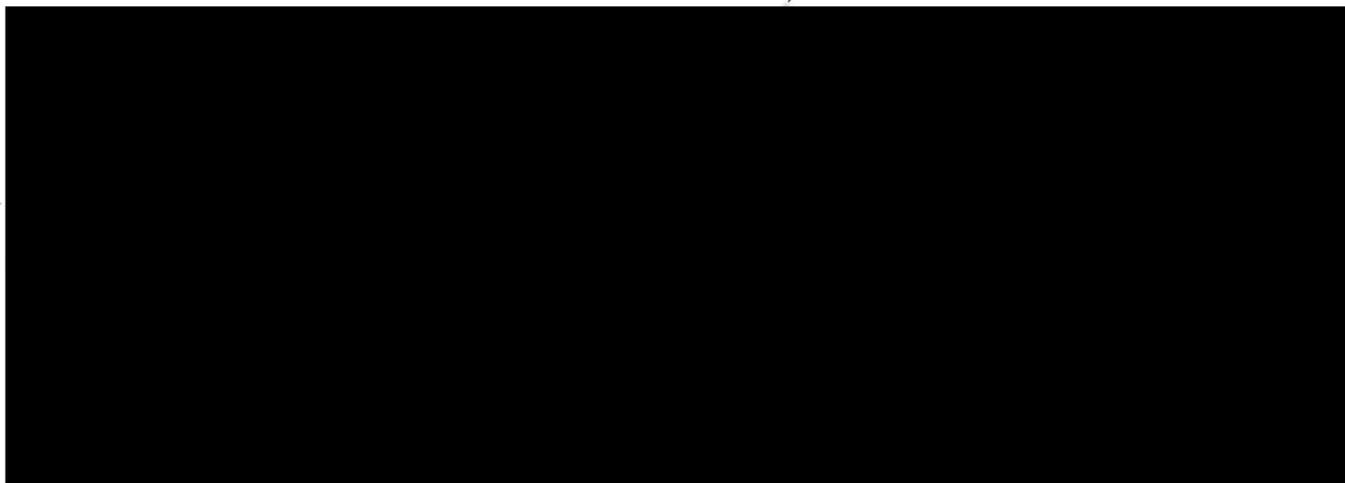
MARTINEZ NAVA JESUS MARIA

No. de Cuenta:



Página: 3

DETALLE DE MOVIMIENTOS



0101

# CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS

00003454

**MetLife®**

NO. DE POLIZA:

NO. DE CERTIFICADO:

NO. DE FOLIO:

| DATOS DEL ASEGURADO                        |                              |                | PRIMA NETA:            |         |
|--|------------------------------|----------------|------------------------|---------|
| MARTINEZ NAVA JESUS MARIA                  |                              |                | \$                     | 0.00    |
| SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES |                              |                | RECARGO PAGO FRAC:     | % 0.00  |
| VIGENCIA:                                  |                              |                | GASTOS EXP. DE POLIZA: | \$ 0.00 |
| DE LAS 00 Hrs.<br>DIA MES AÑO              | A LAS 24 Hrs.<br>DIA MES AÑO | FORMA DE PAGO: | SUMA:                  | \$ 0.00 |
| 01/09/2006                                 | 31/12/2006                   | MENSUAL        | IVA:                   | \$ 0.00 |
|  |                              |                | PRIMA TOTAL:           | \$ 0.00 |

| RELACION DE ASEGURADOS |                 |               |         |      |               |               |  |  |  |  |
|------------------------|-----------------|---------------|---------|------|---------------|---------------|--|--|--|--|
| Número de Certificado  | Nombre Completo | Fecha de Alta | Estatus | Sexo | F. Nacimiento | F. Antigüedad |  |  |  |  |
| [REDACTED]             |                 |               |         |      |               |               |  |  |  |  |

| COBERTURAS                   | SUMA ASEGURADA | DEDUCIBLE | COASEGURO | NIVEL DE TARIFA DE... |
|------------------------------|----------------|-----------|-----------|-----------------------|
| BASICA                       | SMGM 74.00     | SMGM 2.00 | 10.00     | SM 60.00              |
| COBERTURA EN EL EXTRANJERO   | SMGM 74.00     | SMGM 4.00 | 20.00     |                       |
| PREEXISTENCIA                | SMGM 74.00     | SMGM 2.00 | 10.00     |                       |
| DEPORTES PELIGROSOS          | SMGM 74.00     | SMGM 2.00 | 10.00     |                       |
| PADECIMIENTOS CONGENITOS     | SMGM 74.00     | SMGM 2.00 | 10.00     | SM 60.00              |
| RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD | SMGM 74.00     | SMGM 2.00 | 10.00     | SM 60.00              |
| AMBULANCIA AEREA             | SMGM 74.00     | SMGM 2.00 | 20.00     |                       |

SMGM = SALARIO MINIMO GENERAL MENSUAL VIGENTE EN EL D.F.

*Recibi póliza, credenciales y condiciones generales*  
*(J. Vergara)*  
 31/08/06

**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 esté realizando deberá notificarlo inmediatamente por escrito a su área de recursos humanos."

México, D. F., a 20 de SEPTIEMBRE de 2006

**JVERGARA**

METLIFE MÉXICO, S.A.

00003455

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

| <b>Anexo 1 - Identificación del Trabajador</b>  |                       |
|---|-----------------------|
| Mes inicial   | 01                    |
| Mes final   | 12                    |
| Ejercicio   | 2005                  |
| Registro federal de contribuyentes  |                       |
| Clave única de registro de población  |                       |
| Apellido Paterno  | MARTINEZ              |
| Apellido Materno  | NAVA                  |
| Nombre(s)   | JESUS MARIA           |
| Área geográfica del salario mínimo  | Área C                |
| Indique si el patrón realizó cálculo anual  | SI                    |
| Tarifa utilizada: del ejercicio que declara   | SI                    |
| Tarifa utilizada: 1991 actualizada  | NO                    |
| <b>PROPORCIÓN DEL SUBSIDIO</b>  |                       |
| Proporción del subsidio calculada conforme a las disposiciones vigentes en el ejercicio que declara             | 0.8300                |
| Proporción del subsidio calculada conforme a las disposiciones vigentes en 1991                                 | 0.0000                |
| Proporción del subsidio aplicada  | 0.8300                |
| Indique si el trabajador es sindicalizado   | NO                    |
| Si es asimilado a salarios, señale la clave correspondiente   | Sin Selección         |
| Clave de la Entidad Federativa donde prestó sus servicios   | 15 - Estado de México |
| En caso de que el trabajador haya tenido más de un patrón en el ejercicio, señale el RFC num 1 del otro patrón  |                       |
| En caso de que el trabajador haya tenido más de un patrón en el ejercicio, señale el RFC num 2 del otro patrón  |                       |
| En caso de que el trabajador haya tenido más de un patrón en el ejercicio, señale el RFC num 3 del otro patrón  |                       |
| En caso de que el trabajador haya tenido más de un patrón en el ejercicio, señale el RFC num 4 del otro patrón  |                       |
| En caso de que el trabajador haya tenido más de un patrón en el ejercicio, señale el RFC num 5 del otro patrón  |                       |
| En caso de que el trabajador haya tenido más de un patrón en el ejercicio, señale el RFC num 6 del otro patrón  |                       |
| En caso de que el trabajador haya tenido más de un patrón en el ejercicio, señale el RFC num 7 del otro patrón  |                       |
| En caso de que el trabajador haya tenido más de un patrón en el ejercicio, señale el RFC num 8 del otro patrón  |                       |
| En caso de que el trabajador haya tenido más de un patrón en el ejercicio, señale el RFC num 9 del otro patrón  |                       |
| En caso de que el trabajador haya tenido más de un patrón en el ejercicio, señale el RFC num 10 del otro patrón |                       |

0099

### Anexo 1 - Pagos del Patrón Efectuados a sus Trabajadores

|   |       |
|---|-------|
| Sueldos, salarios, rayas y jornales                         | 94918 |
| Sueldos, salarios, rayas y jornales                         | 0     |
| Gratificación anual   | 11215 |
| Gratificación anual   | 1321  |
| Viáticos y gastos de viaje                                  | 0     |
| Viáticos y gastos de viaje                                  | 0     |
| Tiempo extraordinario                                       | 0     |
| Tiempo extraordinario                                       | 0     |
| Prima vacacional  | 735   |
| Prima vacacional  | 660   |
| Prima dominical   | 0     |
| Prima dominical   | 0     |
| Participación de los trabajadores en las utilidades (PTU)   | 0     |
| Participación de los trabajadores en las utilidades (PTU)   | 0     |
| Reembolso de gastos médicos, dentales y hospitalarios       | 0     |
| Reembolso de gastos médicos, dentales y hospitalarios       | 0     |
| Fondo de ahorro   | 0     |
| Fondo de ahorro   | 0     |
| Caja de ahorro  | 0     |
| Caja de ahorro  | 0     |
| Vales para despensa   | 0     |
| Vales para despensa   | 0     |
| Ayuda para gastos de funeral                                | 0     |
| Ayuda para gastos de funeral                                | 0     |
| Contribuciones a cargo del trabajador pagadas por el patrón | 0     |
| Contribuciones a cargo del trabajador pagadas por el patrón | 0     |
| Premios por puntualidad                                     | 0     |
| Premios por puntualidad                                     | 0     |
| Prima de seguro de vida                                     | 0     |
| Prima de seguro de vida                                     | 0     |
| Seguro de gastos médicos mayores                            | 0     |
| Seguro de gastos médicos mayores                            | 0     |
| Vales para restaurante                                      | 0     |
| Vales para restaurante                                      | 0     |
| Vales para gasolina   | 0     |
| Vales para gasolina   | 0     |

|  |        |
|--|--------|
| Vales para ropa  | 0      |
| Vales para ropa  | 0      |
| Ayuda para renta   | 0      |
| Ayuda para renta   | 0      |
| Ayuda para artículos escolares   | 0      |
| Ayuda para artículos escolares   | 0      |
| Dotación o ayuda para anteojos   | 0      |
| Dotación o ayuda para anteojos   | 0      |
| Ayuda para transporte  | 0      |
| Ayuda para transporte  | 0      |
| Cuotas sindicales pagadas por el patrón  | 0      |
| Cuotas sindicales pagadas por el patrón  | 0      |
| Subsidios por incapacidad  | 0      |
| Subsidios por incapacidad  | 0      |
| Becas para trabajadores y/o sus hijos  | 0      |
| Becas para trabajadores y/o sus hijos  | 0      |
| Pagos efectuados por otros empleadores (sólo si el patrón que declara realizó cálculo anual)   |        |
| Pagos efectuados por otros empleadores (sólo si el patrón que declara realizó cálculo anual)   |        |
| Otros ingresos por salarios  | 2518   |
| Otros ingresos por salarios  | 924    |
| <b>IMPUESTO SOBRE LA RENTA POR SUELDOS Y SALARIOS</b>  |        |
| Suma del ingreso GRAVADO por sueldos y salarios  | 109386 |
| Suma del ingreso EXENTO por sueldos y salarios   | 2905   |
| Impuesto retenido durante el ejercicio que declara   | 10799  |
| Impuesto retenido por otro(s) patrón(es) durante el ejercicio que declara  |        |
| Saldo a favor determinado en el ejercicio que declara, que el patrón compensará durante el siguiente ejercicio o solicitará su devolución  | 0      |
| Saldo a favor del ejercicio anterior no compensado durante el ejercicio que declara  | 0      |
| Suma de las cantidades que por concepto de crédito al salario le correspondió al trabajador  | 0      |
| Crédito al salario entregado en efectivo al trabajador durante el ejercicio que declara  | 0      |
| Monto total de ingresos obtenidos por concepto de prestaciones de previsión social   | 3442   |
| Suma de ingresos exentos por concepto de prestaciones de previsión social  | 924    |
| Suma de ingresos por sueldos y salarios  | 112291 |
| Monto del impuesto local a los ingresos por sueldos y salarios y en general por la prestación de un servicio personal subordinado retenido |        |
| Monto del subsidio para el empleo entregado en efectivo al trabajador durante el ejercicio que declara                                     |        |

Monto del subsidio para la nivelación del empleo entregado en efectivo al trabajador durante el ejercicio que declara

### Anexo 1 - Impuesto Sobre la Renta (Resumen)

|  |        |
|--|--------|
| Total de ingresos por sueldos, salarios y conceptos asimilados   | 112291 |
| Impuesto local a los ingresos por sueldos, salarios y en general por la prestación de un servicio personal subordinado |        |
| Ingresos exentos   | 2905   |
| Ingresos no acumulables  | 0      |
| Ingresos acumulables   | 109386 |
| ISR conforme a la tarifa anual   | 16598  |
| Subsidio acreditable   | 5477   |
| Subsidio no acreditable  | 2821   |
| Monto del subsidio acreditable fracción III (sólo para 2001)   |        |
| Monto del subsidio acreditable fracción IV (sólo para 2001)  |        |
| Impuesto sobre ingresos acumulables  | 0      |
| Impuesto sobre ingresos no acumulables   | 0      |
| Impuesto sobre la renta causado en el ejercicio que declara  | 0      |
| Impuesto retenido al contribuyente   | 10799  |
| Subsidio para el empleo entregado al trabajador  |        |
| Subsidio para la nivelación del ingreso entregado al trabajador  |        |

#### DATOS DEL RETENEDOR

|   |  |
|---|--|
| REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES                                  | SCT850101819                               |
| CLAVE ÚNICA DEL REGISTRO DE POBLACIÓN                               |  |
| APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S) O DENONIMACIÓN O RAZÓN SOCIAL | SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES |

#### DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

|                                       |                                   |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES    |                                   |
| CLAVE ÚNICA DEL REGISTRO DE POBLACIÓN |                                   |
| APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S) | RIVERA VALENZUELA FELIPE DE JESUS |

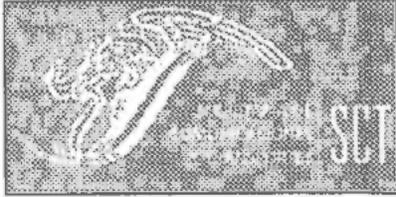
FIRMA DEL RETENEDOR O SU REPRESENTANTE LEGAL

SELLO DEL RETENEDOR (En caso de tenerlo)

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 2005, presentada ante el SAT con fecha 13 de marzo de 2006 y a la que le correspondió el número de folio 3181977 así mismo, SI ( ) o NO (X) se realizó el cálculo anual en los términos que establece la Ley del ISR.

FIRMA DEL CONTRIBUYENTE

00003457



CENTRO S.C.T. ESTADO DE MEXICO  
RESID. GRAL .DE CONSERV. DE CARRET.  
RESID. DE CONSERV. DE CARRET 14-2  
Of. No. SCT. 710.408.7.323

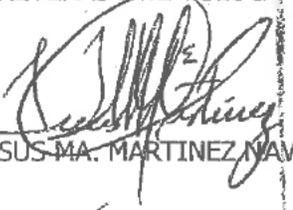
Toluca, Méx., a 18 de mayo de 2005

C. ADRIAN ROBRIGUEZ HERNANDEZ  
ENCARGADO DEL DEPARTAMENTO  
DE INFROMATICA DEL CENTRO S.C.T.  
P. R E S E N T E

Con el fin de dar cumplimiento al Programa de Capacitación para el personal de la SCT, solicito a usted la autorización e instalación del correo electrónico para ingresar al Sistema Profesional de Carrera, informando que las funciones que actualmente desempeño son:

- Elaboración de Programas de obra por administración y a contrato para trabajos de Conservación.
- Supervisión de Trabajos de Conservación por Administración y a Contrato
- Revisión y firma de Estimaciones.
- Elaboración de informes con respecto a invasiones del Derecho de Vía y daños a las carreteras.

ATENTAMENTE  
RESIDENTE DE CONSERVACION  
DE CARRETERAS 14/2-TOLUCA

  
ING. JESUS MA. MARTINEZ NAVA

c.c.p.- Jefe del Depto. de Recursos Humanos del Centro SCT.- Edificio  
Residente General de Conservación de Carreteras del Centro SCT.- Edificio  
Archivo



0097

MARTINEZ NAVA JESUS MARIA

00003458

Página: 1

## INFORMACION DEL SERVIDOR PUBLICO

No. de Cuenta: [REDACTED] Período del: 01-JUL-2005 al: 31-DIC-2005  
 R.F.C.: [REDACTED] Póliza: [REDACTED]  
 CURP: [REDACTED]  
 No. de Empleado:  
 Área de Adscripción:  
 Retenedor: 0009 SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES.  
 Sede Unidad: 0015 SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES EN EL ESTADO DE MÉXICO

*Recibido en  
13/02/06*

## RESUMEN DE SALDOS Y MOVIMIENTOS DEL PERÍODO

| Descripción   | Reserva Anterior | Primas Aportadas | Intereses de la Reserva | Retiros | Reserva Final |
|---|------------------|------------------|-------------------------|---------|---------------|
| Primas Aportadas por el Asegurado                             | 0.00             | 2,096.49         | [REDACTED]              | 0.00    | \$ [REDACTED] |
| Primas Aportadas por Cuenta y en Nombre del Asegurado         | 0.00             | 2,096.49         | [REDACTED]              | 0.00    | \$ [REDACTED] |
| Primas Voluntarias Extraordinarias Aportadas por el Asegurado | \$ 0.00          | \$ 4,192.98      | \$ [REDACTED]           | \$ 0.00 | \$ [REDACTED] |

## OBSERVACIONES

ESTE ESTADO DE CUENTA REFLEJA LOS MOVIMIENTOS Y FECHAS DE LAS PRIMAS ENTERADAS POR SU CENTRO DE TRABAJO.

Para cualquier duda o aclaración sobre este Estado de Cuenta favor de dirigir sus observaciones al área de Atención Individual de MetLife México, S.A., dentro de un plazo de 30 días naturales a partir de su recepción. De lo contrario, se considerará aceptada la información en él contenida.

Verifique que sus datos personales y domicilio particular estén correctos; en caso de existir algún error u omisión acuda al área de Recursos Humanos o equivalente de su Centro de Trabajo, para que requisiere el formato correspondiente.

Usted podrá aportar primas voluntarias extraordinarias al Seguro de Separación Individualizado a través de retención en nómina; depósito en cuenta concentradora de ésta Institución que opera BBVA BANCOMER, S.A. y BANAMEX.

LA TASA DE RENTABILIDAD OBTENIDA POR SUS RESERVAS DURANTE EL PERÍODO COMPRENDIDO DEL 1o DE JULIO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2005, ES DE 9.02% EN TERMINOS ANUALES. CABE PRECISAR QUE EL RENDIMIENTO FUTURO DEPENDERÁ DE LA EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE INTERÉS EN EL MERCADO.

0096

Consulte nuestro Sistema de Audio-Respuesta para Saludos, Retiro del Fondo e Información General del Seguro, marcando al 5328-7261, teniendo disponible su Número de Cuenta.

00003450



SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

SFP

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARIA

NO. DE COMPROBACION

(R.F.C.)

200505301905181699122

NO. CERTIFICADO: 694432

MEXICO, D.F. A 30 DE MAYO DE 2005

C.JESUS MARIA MARTINEZ NAVA  
SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y  
TRANSPORTES  
PRESENTE.

DECLARACION DE  
MODIFICACION PATRIMONIAL  
2005

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 2005A\_MANJ570528A8A.dcn DE TAMAÑO 4172 BYTES, CON CARACTERES DE AUTENTICIDAD e7 47 6b 99 8f 97 b1 01 00 63 7d 22 62 92 e5 3a c4 37 1f d9, 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.

Caracteres de autenticidad del Acuse: 62 ac 22 37 20 a2 d3 82 84 7f d4 3c 49 ff 59 81 ca 0d f6 d2

VERSION INTERNET

00003480

SCT850101819  
LEANDRO VALLE NO.303  
REFORMA Y FERROCARIL NACIONAL C.P. 5000070  
Edo. de Mexico, Edo. de Mexico

CONSTANCIA DE PERCEPCIONES Y RETENCIONES PARA EFECTOS DEL IMPUESTO  
SOBRE LA RENTA POR SALARIOS DEL EJERCICIO FISCAL 2004

UNIDAD 635  
ESTADO 15

NOMBRE DEL EMPLEADO: MARTINEZ NAVA JESÚS MARIA

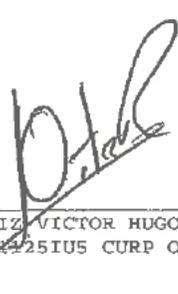
PERIODO LABORADO: 01/01/2004 AL 31/12/2004  
PROPORCIÓN DEL SUBSIDIO: 0.83  
AREA GEOGRAFICA SALARIO MINIMO: C \$42.11

|   | GRAVADO      | EXENTO          | OTROS       |
|---|--------------|-----------------|-------------|
| Total de percepciones pagadas   | \$ 98,785.54 | \$ 924.00       | \$          |
| Ingresos gratificación anual  | \$ 1,530.02  | \$ 1,263.30 (1) |             |
| Ingresos prima vacacional   | \$ 765.01    | \$ 631.65 (2)   |             |
| Otros ingresos exentos  | \$           | \$ 4,329.64     | \$          |
| Subsidio acreditable  | \$           | \$              | \$ 5,332.69 |
| Subsidio no acreditable   | \$           | \$              | \$ 2,747.14 |
| Proporción del subsidio acreditable   | \$           | \$              | \$ 0.66     |
| Total del impuesto retenido   | \$           | \$              | \$ 8,702.52 |
| Suma de cantidades que por concepto de crédito al salario le correspondió al trabajador | \$           | \$              | \$ 1,888.92 |
| Crédito al salario pagado en efectivo   | \$           | \$              | \$ 0.00     |

"Se declara, bajo protesta de decir verdad, que los datos asentados en la presente constancia fueron manifestados en la respectiva declaración informativa del ejercicio 2004, presentada ante el SAT con fecha 16/03/2005 y a la que correspondió el número de folio 1597635, así mismo se realizó el cálculo anual en los términos que establece la Ley del ISR."

Edo. de Mexico, Edo. de Mexico a 28 de marzo de 2005

El Subdirector de Administración del Centro S.C.T. México

  
ORTIZ RUIZ VÍCTOR HUGO  
R.F.C. OIRV642225IUS CURP OIRV641125HDFRZC00

- (1) 30 DIAS DE S.M.G. ZONA ECONOMICA  
(2) 15 DIAS DE S.M.G. ZONA ECONOMICA

0094

N° DE POLIZA:

N° DE CERTIFICADO:

| DATOS DEL ASEGURADO TITULAR                |                                 |                             |  |
|--|---------------------------------|-----------------------------|--|
| JESUS MARIA MARTINEZ NAVA                  |                                 | PRIMA NETA: \$ 0.00         |  |
| SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES |                                 | RECARGO PAGO FRAC: 0 %      |  |
|  |                                 | GASTOS EXP. DE POLIZA: \$ 0 |  |
|  |                                 | SUMA: \$ 0.00               |  |
|  |                                 | IVA: \$ 0.00                |  |
|  |                                 | PRIMA TOTAL: \$ 0.00        |  |
| VIGENCIA                                   |                                 | FORMA DE PAGO               |  |
| DE LAS 00:00 Hrs.<br>DIA MES AÑO           | A LAS 24:00 Hrs.<br>DIA MES AÑO | ANUAL                       |  |
| 01/01/2005                                 | 31/12/2005                      |                             |  |

| RELACION DE ASEGURADOS |                 |         |   |   |     |   |         |   |   |            |              |
|------------------------|-----------------|---------|---|---|-----|---|---------|---|---|------------|--------------|
| Número de certificado  | Nombre Completo | F. Alta |   |   | SEX | E | F. Nac. |   |   | Parentesco | Prima Tarifa |
|                        |                 | D       | M | A |     |   | D       | M | A |            |              |
|                        |                 |         |   |   |     |   |         |   |   |            |              |

| COBERTURAS                     | SUMA ASEGURADA | DEDUCIBLE | COASEGURO | NIVEL DE TABLA DE IQ |
|--------------------------------|----------------|-----------|-----------|----------------------|
| BASICA                         | SM 74.00       | SM 1.50   | % 10.00   | SM 60                |
| COBERTURA EN EL EXTRANJERO     | SM 74.00       | SM 3.00   | % 20.00   |                      |
| PADECIMIENTOS PREEXISTENTES    |                |           |           |                      |
| DEPORTES PELIGROSOS            | SM 74.00       | SM 1.50   | % 10.00   |                      |
| RECONOCIMIENTO A LA ANTIGUEDAD |                |           |           |                      |

SM=SALARIO MINIMO GENERAL MENSUAL VIGENTE EN EL D. F.

**IMPORTANTE:**

México, D.F., a 26 de Enero de 2005

*J. VERGARA*

METLIFE MÉXICO, S.A.

GG-1-004

*Recibe credenciales, Poliza y Condiciones generales*

*[Signature]*

*21/02/05*

00003462



DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS  
DIRECCIÓN DE CAPACITACIÓN Y DESARROLLO  
SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO DE PERSONAL

CEDULA

CENSO EDUCATIVO 2004

DATOS LABORALES

UNIDAD ADMINISTRATIVA: CENTRO SCT MEXICO UNIDAD RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE OBRAS

NOMBRE COMPLETO: (Apellido paterno, materno y nombre completo) MARTINEZ NAVA JESVS MARIA RFC: CURP:

EDAD: GÉNERO: ÁREA DE ASIGNACIÓN: RESIDENCIA GENERAL DE CONSERVACION PUESTO: RESIDENTE DE CONSERVACION DE C.

ANTIGÜEDAD: 20 NIVEL: 14 CÓDIGO DE PUESTO: CFZ1866/14 TELÉFONO DE OPCIÓN: 2-14.43.52 CORREO ELECTRÓNICO DE LA OFICINA PERSONAL:

Nº. DE AÑOS DESARROLLANDO FUNCIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON SUS ESTUDIOS  
NIVEL TÉCNICO: AÑOS: NIVEL PROFESIONAL: 20 AÑOS: NIVEL MAESTRIA: AÑOS: NIVEL DOCTORADO: AÑOS:

DATOS DEL JEFE INMEDIATO  
NOMBRE DEL JEFE INMEDIATO: BORJAS DOMINÓVEZ MANUEL CARGO: RESID. GRAL DE C. TELÉFONO Y/O EXT.: 2-14.43-52

DATOS ESCOLARES  
NIVEL EDUCATIVO (marcar todos los que haya estudiado)  
PRIMARIA: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1040 1041 1042 1043 1044 1045 1046 1047 1048 1049 1050 1051 1052 1053 1054 1055 1056 1057 1058 1059 1060 1061 1062 1063 1064 1065 1066 1067 1068 1069 1070 1071 1072 1073 1074 1075 1076 1077 1078 1079 1080 1081 1082 1083 1084 1085 1086 1087 1088 1089 1090 1091 1092 1093 1094 1095 1096 1097 1098 1099 1100 1101 1102 1103 1104 1105 1106 1107 1108 1109 1110 1111 1112 1113 1114 1115 1116 1117 1118 1119 1120 1121 1122 1123 1124 1125 1126 1127 1128 1129 1130 1131 1132 1133 1134 1135 1136 1137 1138 1139 1140 1141 1142 1143 1144 1145 1146 1147 1148 1149 1150 1151 1152 1153 1154 1155 1156 1157 1158 1159 1160 1161 1162 1163 1164 1165 1166 1167 1168 1169 1170 1171 1172 1173 1174 1175 1176 1177 1178 1179 1180 1181 1182 1183 1184 1185 1186 1187 1188 1189 1190 1191 1192 1193 1194 1195 1196 1197 1198 1199 1200 1201 1202 1203 1204 1205 1206 1207 1208 1209 1210 1211 1212 1213 1214 1215 1216 1217 1218 1219 1220 1221 1222 1223 1224 1225 1226 1227 1228 1229 1230 1231 1232 1233 1234 1235 1236 1237 1238 1239 1240 1241 1242 1243 1244 1245 1246 1247 1248 1249 1250 1251 1252 1253 1254 1255 1256 1257 1258 1259 1260 1261 1262 1263 1264 1265 1266 1267 1268 1269 1270 1271 1272 1273 1274 1275 1276 1277 1278 1279 1280 1281 1282 1283 1284 1285 1286 1287 1288 1289 1290 1291 1292 1293 1294 1295 1296 1297 1298 1299 1300 1301 1302 1303 1304 1305 1306 1307 1308 1309 1310 1311 1312 1313 1314 1315 1316 1317 1318 1319 1320 1321 1322 1323 1324 1325 1326 1327 1328 1329 1330 1331 1332 1333 1334 1335 1336 1337 1338 1339 1340 1341 1342 1343 1344 1345 1346 1347 1348 1349 1350 1351 1352 1353 1354 1355 1356 1357 1358 1359 1360 1361 1362 1363 1364 1365 1366 1367 1368 1369 1370 1371 1372 1373 1374 1375 1376 1377 1378 1379 1380 1381 1382 1383 1384 1385 1386 1387 1388 1389 1390 1391 1392 1393 1394 1395 1396 1397 1398 1399 1400 1401 1402 1403 1404 1405 1406 1407 1408 1409 1410 1411 1412 1413 1414 1415 1416 1417 1418 1419 1420 1421 1422 1423 1424 1425 1426 1427 1428 1429 1430 1431 1432 1433 1434 1435 1436 1437 1438 1439 1440 1441 1442 1443 1444 1445 1446 1447 1448 1449 1450 1451 1452 1453 1454 1455 1456 1457 1458 1459 1460 1461 1462 1463 1464 1465 1466 1467 1468 1469 1470 1471 1472 1473 1474 1475 1476 1477 1478 1479 1480 1481 1482 1483 1484 1485 1486 1487 1488 1489 1490 1491 1492 1493 1494 1495 1496 1497 1498 1499 1500 1501 1502 1503 1504 1505 1506 1507 1508 1509 1510 1511 1512 1513 1514 1515 1516 1517 1518 1519 1520 1521 1522 1523 1524 1525 1526 1527 1528 1529 1530 1531 1532 1533 1534 1535 1536 1537 1538 1539 1540 1541 1542 1543 1544 1545 1546 1547 1548 1549 1550 1551 1552 1553 1554 1555 1556 1557 1558 1559 1560 1561 1562 1563 1564 1565 1566 1567 1568 1569 1570 1571 1572 1573 1574 1575 1576 1577 1578 1579 1580 1581 1582 1583 1584 1585 1586 1587 1588 1589 1590 1591 1592 1593 1594 1595 1596 1597 1598 1599 1600 1601 1602 1603 1604 1605 1606 1607 1608 1609 1610 1611 1612 1613 1614 1615 1616 1617 1618 1619 1620 1621 1622 1623 1624 1625 1626 1627 1628 1629 1630 1631 1632 1633 1634 1635 1636 1637 1638 1639 1640 1641 1642 1643 1644 1645 1646 1647 1648 1649 1650 1651 1652 1653 1654 1655 1656 1657 1658 1659 1660 1661 1662 1663 1664 1665 1666 1667 1668 1669 1670 1671 1672 1673 1674 1675 1676 1677 1678 1679 1680 1681 1682 1683 1684 1685 1686 1687 1688 1689 1690 1691 1692 1693 1694 1695 1696 1697 1698 1699 1700 1701 1702 1703 1704 1705 1706 1707 1708 1709 1710 1711 1712 1713 1714 1715 1716 1717 1718 1719 1720 1721 1722 1723 1724 1725 1726 1727 1728 1729 1730 1731 1732 1733 1734 1735 1736 1737 1738 1739 1740 1741 1742 1743 1744 1745 1746 1747 1748 1749 1750 1751 1752 1753 1754 1755 1756 1757 1758 1759 1760 1761 1762 1763 1764 1765 1766 1767 1768 1769 1770 1771 1772 1773 1774 1775 1776 1777 1778 1779 1780 1781 1782 1783 1784 1785 1786 1787 1788 1789 1790 1791 1792 1793 1794 1795 1796 1797 1798 1799 1800 1801 1802 1803 1804 1805 1806 1807 1808 1809 1810 1811 1812 1813 1814 1815 1816 1817 1818 1819 1820 1821 1822 1823 1824 1825 1826 1827 1828 1829 1830 1831 1832 1833 1834 1835 1836 1837 1838 1839 1840 1841 1842 1843 1844 1845 1846 1847 1848 1849 1850 1851 1852 1853 1854 1855 1856 1857 1858 1859 1860 1861 1862 1863 1864 1865 1866 1867 1868 1869 1870 1871 1872 1873 1874 1875 1876 1877 1878 1879 1880 1881 1882 1883 1884 1885 1886 1887 1888 1889 1890 1891 1892 1893 1894 1895 1896 1897 1898 1899 1900 1901 1902 1903 1904 1905 1906 1907 1908 1909 1910 1911 1912 1913 1914 1915 1916 1917 1918 1919 1920 1921 1922 1923 1924 1925 1926 1927 1928 1929 1930 1931 1932 1933 1934 1935 1936 1937 1938 1939 1940 1941 1942 1943 1944 1945 1946 1947 1948 1949 1950 1951 1952 1953 1954 1955 1956 1957 1958 1959 1960 1961 1962 1963 1964 1965 1966 1967 1968 1969 1970 1971 1972 1973 1974 1975 1976 1977 1978 1979 1980 1981 1982 1983 1984 1985 1986 1987 1988 1989 1990 1991 1992 1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023 2024 2025 2026 2027 2028 2029 2030 2031 2032 2033 2034 2035 2036 2037 2038 2039 2040 2041 2042 2043 2044 2045 2046 2047 2048 2049 2050 2051 2052 2053 2054 2055 2056 2057 2058 2059 2060 2061 2062 2063 2064 2065 2066 2067 2068 2069 2070 2071 2072 2073 2074 2075 2076 2077 2078 2079 2080 2081 2082 2083 2084 2085 2086 2087 2088 2089 2090 2091 2092 2093 2094 2095 2096 2097 2098 2099 2100 2101 2102 2103 2104 2105 2106 2107 2108 2109 2110 2111 2112 2113 2114 2115 2116 2117 2118 2119 2120 2121 2122 2123 2124 2125 2126 2127 2128 2129 2130 2131 2132 2133 2134 2135 2136 2137 2138 2139 2140 2141 2142 2143 2144 2145 2146 2147 2148 2149 2150 2151 2152 2153 2154 2155 2156 2157 2158 2159 2160 2161 2162 2163 2164 2165 2166 2167 2168 2169 2170 2171 2172 2173 2174 2175 2176 2177 2178 2179 2180 2181 2182 2183 2184 2185 2186 2187 2188 2189 2190 2191 2192 2193 2194 2195 2196 2197 2198 2199 2200 2201 2202 2203 2204 2205 2206 2207 2208 2209 2210 2211 2212 2213 2214 2215 2216 2217 2218 2219 2220 2221 2222 2223 2224 2225 2226 2227 2228 2229 2230 2231 2232 2233 2234 2235 2236 2237 2238 2239 2240 2241 2242 2243 2244 2245 2246 2247 2248 2249 2250 2251 2252 2253 2254 2255 2256 2257 2258 2259 2260 2261 2262 2263 2264 2265 2266 2267 2268 2269 2270 2271 2272 2273 2274 2275 2276 2277 2278 2279 2280 2281 2282 2283 2284 2285 2286 2287 2288 2289 2290 2291 2292 2293 2294 2295 2296 2297 2298 2299 2300 2301 2302 2303 2304 2305 2306 2307 2308 2309 2310 2311 2312 2313 2314 2315 2316 2317 2318 2319 2320 2321 2322 2323 2324 2325 2326 2327 2328 2329 2330 2331 2332 2333 2334 2335 2336 2337 2338 2339 2340 2341 2342 2343 2344 2345 2346 2347 2348 2349 2350 2351 2352 2353 2354 2355 2356 2357 2358 2359 2360 2361 2362 2363 2364 2365 2366 2367 2368 2369 2370 2371 2372 2373 2374 2375 2376 2377 2378 2379 2380 2381 2382 2383 2384 2385 2386 2387 2388 2389 2390 2391 2392 2393 2394 2395 2396 2397 2398 2399 2400 2401 2402 2403 2404 2405 2406 2407 2408 2409 2410 2411 2412 2413 2414 2415 2416 2417 2418 2419 2420 2421 2422 2423 2424 2425 2426 2427 2428 2429 2430 2431 2432 2433 2434 2435 2436 2437 2438 2439 2440 2441 2442 2443 2444 2445 2446 2447 2448 2449 2450 2451 2452 2453 2454 2455 2456 2457 2458 2459 2460 2461 2462 2463 2464 2465 2466 2467 2468 2469 2470 2471 2472 2473 2474 2475 2476 2477 2478 2479 2480 2481 2482 2483 2484 2485 2486 2487 2488 2489 2490 2491 2492 2493 2494 2495 2496 2497 2498 2499 2500 2501 2502 2503 2504 2505 2506 2507 2508 2509 2510 2511 2512 2513 2514 2515 2516 2517 2518 2519 2520 2521 2522 2523 2524 2525 2526 2527 2528 2529 2530 2531 2532 2533

SECRETARÍA DE  
LA FUNCIÓN  
PÚBLICA

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARIA

NO. DE COMPROBACION (R.F.C.)

200405261349111503752

NO. CERTIFICADO: 459020

MEXICO, D.F. A 26 DE MAYO DE 2004

C. JESUS MARIA MARTINEZ NAVA  
SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y  
TRANSPORTES  
PRESENTE.

DECLARACION DE  
MODIFICACION PATRIMONIAL  
2004

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 MANJ570528A8A.DCN DE TAMAÑO 39821 BYTES, CON CARACTERES DE AUTENTICIDAD aa d6 52 cb ae d0 c0 b4 77 34 89 5e af 11 ec 9b 10 5d 10 ee, 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.

Caracteres de autenticidad del Acuse: 53 d0 05 19 c2 11 2c a7 a0 3a 03 08 0d 85 5f b1 21 1c ec 65

VERSION INTERNET



ACUSE

CONSTANCIA DE SUELDOS, SALARIOS, VIÁTICOS,  
CONCEPTOS ASIMILADOS Y CRÉDITO AL SALARIO

00003464

MES INICIAL: 01 MES FINAL: 12 EJERCICIO: 2003

ESTA CONSTANCIA DEBERÁ SER CONSERVADA POR EL TRABAJADOR. PERIODO QUE AMPARA LA CONSTANCIA:

1 DATOS DEL TRABAJADOR O ASIMILADO A SALARIOS

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES  
CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN  
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S): MARTINEZ NAVA JESUS MARIA

MARQUE CON "X" EL RECUADRO QUE CORRESPONDA Y/O CONTESTE LO QUE SE SOLICITA:

SI EL PATRÓN REALIZÓ CÁLCULO ANUAL  TARIFA UTILIZADA: A. DEL EJERCICIO QUE DECLARA B. 1991 (Actualizada)  A. MARQUE CON "X" SI EL TRABAJADOR ES SINDICALIZADO  ÁREA GEOGRÁFICA DEL SALARIO MÍNIMO (1)  C. CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA DONDE PRESTÓ SUS SERVICIOS (2)  15 SI ES ASIMILADO A SALARIOS, SEÑALE LA CLAVE CORRESPONDIENTE (3)

PROPORCIÓN DEL SUBSIDIO: CALCULADA CONFORME A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN EL EJERCICIO QUE DECLARA (4)  0  7600 CALCULADA CONFORME A DISPOSICIONES VIGENTES EN 1991 (4)   FRACCIÓN I (5)   FRACCIÓN II (5)   APLICADA (9)

C DEL(LOS) OTRO(S) PATRÓN(ES) (7):

2 IMPUESTO SOBRE LA RENTA.

|   |            |   |          |
|---|------------|---|----------|
| A. TOTAL DE SUELDOS, SALARIOS Y CONCEPTOS ASIMILADOS (N + O + X + f + j + k1) | 102,133.84 | M. MONTO DEL SUBSIDIO ACREDITABLE FRACCIÓN III (5)              |          |
| B. INGRESOS EXENTOS (S + Z + k1)  | 8,770.05   | N. MONTO DEL SUBSIDIO ACREDITABLE FRACCIÓN IV (5)               |          |
| C. INGRESOS NO ACUMULABLES (V + d)  | 0.00       | J. IMPUESTO SOBRE INGRESOS ACUMULABLES                          | 8,242.03 |
| D. INGRESOS ACUMULABLES (A - B - C)   | 93,363.79  | K. IMPUESTO SOBRE INGRESOS NO ACUMULABLES                       |          |
| E. IMPUESTO CONFORME A LA TARIFA ANUAL  | 13,690.43  | L. IMPUESTO SOBRE LA RENTA CAUSADO EN EL EJERCICIO (J + K)      | 8,242.03 |
| F. MONTO DEL SUBSIDIO ACREDITABLE   | 3,559.48   | M. IMPUESTO RETENIDO DURANTE EL EJERCICIO (W + e + g + l1 + m1) | 7,770.66 |
| G. MONTO DEL SUBSIDIO NO ACREDITABLE  | 3,285.67   |   |          |

3 PAGOS POR SEPARACIÓN, JUBILACIONES, PENSIONES O HABERES DE RETIRO

|   |  |                            |  |
|---|--|----------------------------|--|
| N. MONTO TOTAL DEL PAGO EN UNA SOLA EXHIBICIÓN (No deberá hacer anotación alguna en O, P y Q)   |  | S. INGRESOS EXENTOS        |  |
| O. INGRESOS TOTALES POR PAGO EN PARCIALIDADES (No hacer anotación alguna en N)  |  | T. INGRESOS GRAVABLES      |  |
| P. MONTO DIARIO PERCIBIDO POR JUBILACIONES, PENSIONES O HABERES DE RETIRO EN PARCIALIDADES (No deberá hacer anotación alguna en N)  |  | U. INGRESOS ACUMULABLES    |  |
| Q. CANTIDAD QUE SE HUBIERA PERCIBIDO EN EL PERIODO DE NO HABER PAGO ÚNICO POR JUBILACIONES, PENSIONES O HABERES DE RETIRO EN UNA SOLA EXHIBICIÓN (No hacer anotación alguna en N) |  | V. INGRESOS NO ACUMULABLES |  |
| R. NÚMERO DE DÍAS (8)   |  | W. IMPUESTO RETENIDO       |  |

4 OTROS PAGOS POR SEPARACIÓN (9)

|  |  |  |      |
|--|--|--|------|
| X. MONTO TOTAL PAGADO                        |  | b. INGRESOS ACUMULABLES (Último sueldo mensual ordinario) (10) |      |
| Y. NÚMERO DE AÑOS DE SERVICIO DEL TRABAJADOR |  | c. IMPUESTO CORRESPONDIENTE AL ÚLTIMO SUELDO MENSUAL ORDINARIO |      |
| Z. INGRESOS EXENTOS                          |  | d. INGRESOS NO ACUMULABLES                                     |      |
| a. INGRESOS GRAVADOS                         |  | e. IMPUESTO RETENIDO   | 0090 |

5 INGRESOS ASIMILADOS A SALARIOS (Sin incluir (11))

|                                   |      |   |      |
|-----------------------------------|------|---|------|
| f. INGRESOS ASIMILADOS A SALARIOS | 0.00 | g. IMPUESTO RETENIDO DURANTE EL EJERCICIO | 0.00 |
|-----------------------------------|------|---|------|

(1) Anotará A, B o C, según corresponda al área geográfica que señala la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos.  
(2) 01 Aguascalientes, 02 Baja California, 03 Baja California Sur, 04 Campeche, 05 Coahuila, 06 Colima, 07 Chiapas, 08 Chihuahua, 09 Distrito Federal, 10 Durango, 11 Guanajuato, 12 Guerrero, 13 Hidalgo, 14 Jalisco, 15 México, 16 Michoacán, 17 Morelos, 18 Nayarit, 19 Nuevo León, 20 Oaxaca, 21 Puebla, 22 Querétaro, 23 Quintana Roo, 24 San Luis Potosí, 25 Sinaloa, 26 Sonora, 27 Tabasco, 28 Tamaulipas, 29 Tlaxcala, 30 Veracruz, 31 Yucatán, 32 Zacatecas.  
(3) A. Miembros de las sociedades cooperativas de producción, B. Integrantes de sociedades y asociaciones civiles, C. Miembros de consejos directivos, de vigilancia, consultivos o comisarios; D. Actividad empresarial (comisionistas), E. Honorarios asimilados a salarios, F. Otros.  
(4) Estos campos son obligatorios.  
(5) Únicamente para constancias de 2001, de conformidad con el Art. Segundo Transitorio del Decreto por el que se reforma el Art. 80-A de la LISR, publicado en el DOF el 29 de noviembre de 2001.  
(6) Deberá utilizar este campo, cuando el patrón haya realizado cálculo anual de ISR y el trabajador le corresponda una proporción distinta a la de los demás trabajadores.  
(7) En caso de que el trabajador haya tenido más de un patrón en el ejercicio, deberá señalar el(los) RFC del(los) otro(s) patrón(es).  
(8) Tratándose de pagos en parcialidades, número de días del periodo. En el caso de pago de jubilaciones, pensiones o haberes de retiro en una sola exhibición, número de días comprendidos entre la fecha en que se realizó el pago y el 31 de diciembre.  
(9) Incluyendo, entre otros, prima de antigüedad e indemnizaciones.  
(10) Si el pago por separación es menor al último sueldo mensual ordinario, deberá anotar el pago por separación.  
(11) Funcionarios y trabajadores de la Federación, de las Entidades Federativas y de los Municipios, así como miembros de las fuerzas armadas.



270

00003465



80915717096 MC

MARTINEZ NAVA JESUS MARIA

SCT. CENTRO MEXICO

00009 63500 09076350211

BASE

4,298.98 4,298.98 4,298.98 01/01/2004

04/11/2004

29 1520400 TOLUCA

1152284

00003466



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

CONFIRMACION DEL  
AVISO DE MODIFICACION DEL SUELDO DEL TRABAJADOR

1003

|                           |                |                                    |                                  |                                 |              |
|---------------------------|----------------|------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|--------------|
| DATOS DEL TRABAJADOR      |                | C.U.R.P.                           | R.F.C.                           | N.S.S.                          | ENT. DE NAC. |
| APELLIDO PATERNO          |                | APELLIDO MATERNO                   |                                  | NOMBRE (S)                      |              |
| MARTINEZ NAVA JESUS MARIA |                |                                    |                                  |                                 |              |
| DATOS DEL EMPLEO          |                | NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD |                                  |                                 |              |
|                           |                | S.C.T., CENTRO, MEXICO             |                                  |                                 |              |
| RAMO                      | PAGADURIA      | CLAVE DE COBRO                     |                                  | TIPO DE NOMBRAMIENTO            |              |
| 00009                     | 43500          | 09076350211                        |                                  |                                 |              |
| SUELDO BASICO             | SUELDO S.A.R.  | REMUNERACION TOTAL                 | FECHA DE MODIFICACION DEL SUELDO | FECHA DE PRESENTACION DEL AVISO |              |
| 4,122.00                  | 4,122.00       | 4,625.00                           | 01/01/2003                       | 06/10/2003                      |              |
| NIVEL SALARIAL            | OBSERVACIONES  |                                    |                                  |                                 | ORIGEN       |
| 3 <sup>a</sup>            | 1520400 TOLUCA |                                    |                                  |                                 | M151843      |
| DEPENDENCIA               |                |                                    |                                  |                                 | PE-5-3-0102  |

0088

00003467



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

ISSSTE

CONFIRMACION DEL  
AVISO DE BAJA DEL TRABAJADOR

|                                  |           |                                    |    |                            |          |                                 |
|----------------------------------|-----------|------------------------------------|----|----------------------------|----------|---------------------------------|
| DATOS DEL TRABAJADOR             |           | CURP                               | 50 | RFC                        | NSS      | ORIGEN                          |
| APELLIDO PATERNO                 |           | APELLIDO MATERNO                   |    | NOMBRES                    |          |                                 |
| MARTINEZ NAVA JESUS MARIA        |           |                                    |    |                            |          |                                 |
| CLINICA                          |           |                                    |    |                            |          |                                 |
| 1520400                          |           |                                    |    |                            |          |                                 |
| DATOS DEL EMPLEO                 |           | NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD |    |                            |          |                                 |
|                                  |           | S.C.T., CENTRO QUINTANA ROO        |    |                            |          |                                 |
| RAMO                             | PAGADURIA | CLAVE DE COBRO                     |    |                            |          |                                 |
| 00009                            | 64300     | 09706430211                        |    |                            |          |                                 |
| OBSERVACIONES                    |           |                                    |    | FECHA DE BAJA EN EL EMPLEO | 3,739.00 | FECHA DE PRESENTACION DEL AVISO |
|                                  |           |                                    |    | 26/02/2003                 |          | EXTEMPORANEO                    |
| 1a. COPIA: DEPENDENCIA O ENTIDAD |           |                                    |    |                            |          |                                 |

PE-6-9-0103

0087



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

00003468

**CONFIRMACION DEL  
AVISO DE BAJA DEL TRABAJADOR**

| DATOS DEL TRABAJADOR      |  | CURP             | RFC    | NSS | ORIGEN |
|---------------------------|--|------------------|--------|-----|--------|
| APELLIDO PATERNO          |  | APELLIDO MATERNO | NOBRES |     |        |
| MARTINEZ NAVA JESUS MARIA |  |                  |        |     |        |
| CLINICA                   |  |                  |        |     |        |
| 1520400                   |  |                  |        |     |        |

| DATOS DEL EMPLEO |           |                | NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD |                                 |
|------------------|-----------|----------------|------------------------------------|---------------------------------|
|                  |           |                | S.C.T., CENTRO QUINTANA ROO        |                                 |
| RAMO             | PAGADURIA | CLAVE DE COBRO |                                    |                                 |
| 00009            | 64300     | 0970643021     |                                    |                                 |
| OBSERVACIONES    |           |                | FECHA DE BAJA EN EL EMPLEO         | FECHA DE PRESENTACION DEL AVISO |
|                  |           |                | 26/02/2003                         | 3,739.00<br>EXTEMPORANEO        |

2a. COPIA: TRABAJADOR

PE-5-3-0103

0086



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO  
SUBDIRECCION GENERAL DE PRESTACIONES ECONÓMICAS  
SUBDIRECCION DE AFILIACION Y VIGENCIA

326

**CONFIRMACION DEL  
AVISO DE ALTA DEL TRABAJADOR**

| DATOS DEL TRABAJADOR       |            |                  |                       |  |            |
|----------------------------|------------|------------------|-----------------------|--|------------|
| C.U.R.P.                   | R.F.C.     | N.S.S.           | ENTIDAD DE NACIMIENTO | CLAVE ENT.                             |            |
| [REDACTED]                 | [REDACTED] | [REDACTED]       | [REDACTED]            | [REDACTED]                             | [REDACTED] |
| APELLIDO PATERNO           |            | APELLIDO MATERNO |                       | NOMBRE(S)                              |            |
| MARTINEZ NAVA              |            | JESUS MARIA      |                       | [REDACTED]                             |            |
| DOMICILIO, CALLE           |            | No. EXT          | No. INT.              | MUNICIPIO O DELEGACION POLITICA (D.F.) |            |
| [REDACTED]                 |            | [REDACTED]       | [REDACTED]            | [REDACTED]                             |            |
| LOCALIDAD O COLONIA (D.F.) |            |                  | ENTIDAD               | CODIGO POSTAL                          |            |
| [REDACTED]                 |            |                  | [REDACTED]            | [REDACTED]                             |            |
| CLINICA                    |            |                  |                       |  |            |
| 1520400 [REDACTED]         |            |                  |                       |  |            |

| DATOS DEL EMPLEO                   |           |                |                    |                      |                       |
|------------------------------------|-----------|----------------|--------------------|----------------------|-----------------------|
| NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD |           |                |                    |                      |                       |
| S.C.T., CENTRO MEXICO              |           |                |                    |                      |                       |
| RAMO                               | PAGADURIA | CLAVE DE COBRO |                    | TIPO DE NOMBRAMIENTO |                       |
| 00009                              | 63500     | 09076350211    |                    | BASE                 |                       |
| SUEL                               | SUICO     | SUELDO S.A.R.  | REMUNERACION TOTAL | FECHA DE INGRESO     | FECHA DE PRESENTACION |
| 4,012.00                           |           | 4,012.00       | 4,465.00           | 16/07/2002           | 26/02/2003            |
| OBSERVACIONES                      |           |                |                    |                      | ORIGEN                |
|                                    |           |                |                    |                      | T E R M I N A D O     |

0085

00003463

00003470



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

CONFIRMACION DEL  
AVISO DE ALTA DEL TRABAJADOR

| DATOS DEL TRABAJADOR       |                  |             |  |           |
|----------------------------|------------------|-------------|--|-----------|
| C.U.R.P.                   | R.F.C.           | N.S.S.      | ENTIDAD DE NACIMIENTO                  | CLAVE ENT |
| [REDACTED]                 |                  |             |  |           |
| APELLIDO PATERNO           | APELLIDO MATERNO | NOMBRE(S)   |  | SEXO      |
| MARTINEZ                   | NAJERA           | JESUS MARIA |  | H         |
| DOMICILIO: CALLE           | No. EXT.         | No. INT.    | MUNICIPIO O DELEGACION POLITICA (D.F.) |           |
| [REDACTED]                 |                  |             |  |           |
| LOCALIDAD O COLONIA (D.F.) | ENTIDAD          |             | CODIGO POSTAL                          |           |
| [REDACTED]                 |                  |             |  |           |
| CLINICA                    | [REDACTED]       |             |  |           |

| DATOS DEL EMPLEO                   |               |                    |                      |                       |
|------------------------------------|---------------|--------------------|----------------------|-----------------------|
| NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD |               |                    |                      |                       |
| S.C.J. CENTRO MEXICO               |               |                    |                      |                       |
| RAMO                               | PAGADURIA     | CLAVE DE COBRO     | TIPO DE NOMBRAMIENTO |                       |
| NO                                 | 03500         | 09076330211        | BASE                 |                       |
| SUELDO BASICO                      | SUELDO S.A.R. | REMUNERACION TOTAL | FECHA DE INGRESO     | FECHA DE PRESENTACION |
| 4,012.00                           | 4,012.00      | 4,012.00           | 16/07/2002           | 26/07/2002            |

0084

00003471

323



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

CONFIRMACION DEL  
AVISO DE MODIFICACION DEL SUELDO DEL TRABAJADOR

| DATOS DEL TRABAJADOR               |               | C.U.R.P.                     | R.F.C.                           | N.S.S.                          | ENT. DE NAC. |
|------------------------------------|---------------|------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|--------------|
| MARTINEZ NAVA JESUS MARIA          |               |                              |                                  |                                 |              |
| NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD |               | S.C.T. CENTRO FOD. DE MEXICO |                                  |                                 |              |
| RAMO                               | PAGADURIA     | CLAVE DE COBRO               |                                  | TIPO DE NOMBRAMIENTO            |              |
| 00009                              | 64300         | 09706430211                  |                                  | BASE                            |              |
| SUELDO BASICO                      | SUELDO S.A.R. | REMUNERACION TOTAL           | FECHA DE MODIFICACION DEL SUELDO | FECHA DE PRESENTACION DEL AVISO |              |
| \$ 3,739.00                        |               |                              | 01/01/01                         | 25/07/01                        |              |
| OBSERVACIONES                      |               |                              |                                  | ORIGEN                          |              |
| 170400 TOLUCA                      |               |                              |                                  | M151261                         |              |

1a. COPIA: DEPENDENCIA

PE-53-0102

0083

00003472

333



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES I ESTADO SUBDIRECCION GENERAL DE PRESTACIONES ECONOMICAS SUBDIRECCION DE AFILIACION Y VIGENCIA

CONFIRMACION DEL AVISO DE MODIFICACION DEL SUELDO DEL TRABAJADOR

|                             |  |                  |            |                    |            |
|-----------------------------|--|------------------|------------|--------------------|------------|
| <b>DATOS DEL TRABAJADOR</b> |  | R.F.C.           | N.S.S.     | ENT. DE NACIMIENTO | ORIGEN     |
|                             |  | [REDACTED]       | [REDACTED] | [REDACTED]         | [REDACTED] |
| APELLIDO PATERNO            |  | APELLIDO MATERNO |            | NOMBRE(S)          |            |
| MARTINEZ NAVA JESUS MARIA   |  |                  |            |                    |            |

|                         |               |                                    |                                  |                                 |  |
|-------------------------|---------------|------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|--|
| <b>DATOS DEL EMPLEO</b> |               | NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD |                                  |                                 |  |
|                         |               | S.C.T., CENTRO EDU. DE MEXICO      |                                  |                                 |  |
| RAMO                    | PAGADURIA     | CLAVE DE COBRO                     |                                  | TIPO DE NOMBRAMIENTO            |  |
| 00009                   | 64300         |                                    |                                  | BASE                            |  |
| SUELDO BASICO           | SUELDO S.A.R. | REMUNERACION TOTAL                 | FECHA DE MODIFICACION DEL SUELDO | FECHA DE PRESENTACION DEL AVISO |  |
| \$ 2,694.16             |               |                                    | 01/03/98                         | 19/06/98                        |  |
| OBSERVACIONES           |               |                                    |                                  |                                 |  |
| 1 100 TOLUCA            |               |                                    |                                  |                                 |  |

1a. COPIA: DEPENDENCIA

PE-53-0102

0082

00003473

NSS : 80915717096

NO. GUIA: M150665

364



Instituto de Seguridad  
y Servicios Sociales  
de los Trabajadores  
del Estado

**CONFIRMACION DEL AVISO  
DE MODIFICACION DEL SUELDO DEL TRABAJADOR**

SUBDIRECCION GENERAL DE PRESTACIONES ECONOMICAS  
SUBDIRECCION DE AFILIACION Y VIGENCIA

|   |              |          |                       |  |          |           |       |       |
|---|--------------|----------|-----------------------|--|----------|-----------|-------|-------|
| APELLIDO PATERNO  |              | MATERNOS | NOMBRE (S)            | R.F.C.   |          |           |       |       |
| MARTINEZ NAVA JESUS MA  |              |          |                       | [REDACTED]   |          |           |       |       |
| SUELDO MENSUAL DE COTIZACION  | NOMBRAMIENTO |          | FECHA DE MODIFICACION |  |          |           |       |       |
| N\$1,630.00   | BASE         |          | 010695 EXTEMPORANEO   |  |          |           |       |       |
| DATOS DE LA DEPENDENCIA   |              |          |                       |  |          |           |       |       |
| NOMBRE:<br>S.C.T., CENTRO EDO. DE MEXICO<br>ENTIDAD: ESTADO DE MEXICO |              |          |                       | <table border="1"> <tr> <td>REGISTRO</td> <td>PAGADURIA</td> </tr> <tr> <td>00009</td> <td>14400</td> </tr> </table> | REGISTRO | PAGADURIA | 00009 | 14400 |
| REGISTRO  | PAGADURIA    |          |                       |  |          |           |       |       |
| 00009   | 14400        |          |                       |  |          |           |       |       |

PE-5-3-0102

DEPENDENCIA

0081

00003474

NO. GUIA: M150275

349



Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

**CONFIRMACION DEL AVISO DE MODIFICACION DEL SUELDO DEL TRABAJADOR**

SUBDIRECCION GENERAL DE PRESTACIONES ECONOMICAS  
SUBDIRECCION DE AFILIACION Y VIGENCIA

|                               |                   |  |                       |           |
|-------------------------------|-------------------|--|-----------------------|-----------|
| R.F.C.                        | APELLIDO PATERNO  |  | MATERNO               | NOMBRE(S) |
| [REDACTED]                    | MARTINEZ NAVA     |  | JESUS                 | MA        |
| SUELDO MENSUAL DE COTIZACION  | TIPO NOMBRAMIENTO |  | FECHA DE MODIFICACION |           |
| N\$1,618.40                   | BASE              |  | 010195 EXTEMPORANEO   |           |
| DATOS DE LA DEPENDENCIA       |                   |  |                       |           |
| NOMBRE:                       |                   |  |                       |           |
| S.C.T., CENTRO EDO. DE MEXICO |                   |  | REGISTRO              | PAGADURIA |
| ENTIDAD: ESTADO DE MEXICO     |                   |  | 00009                 | 14400     |
| DEPENDENCIA                   |                   |  |                       |           |

PE - 5 - 3 - 0102



SECRETARIA DE  
CONTRALORIA Y DESARROLLO  
ADMINISTRATIVO SECDAM

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARIA

NO. DE COMPROBACION (R.F.C.)

200205301908421286229



MEXICO, D.F. A 30 DE MAYO DE 2002

C. JESUS MARIA MARTINEZ NAVA  
SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES  
PRESENTE.

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 CIBO.

LA DECLARACION HA SIDO PRESENTADA EN SOBRE QUE CONTIENE EL ARCHIVO [REDACTED] DE TAMAÑO 9614 BYTES, CON CARACTERES DE AUTENTICIDAD 56 ea 70 4b b0 05 95 01 41 d5 67 79 36 05 ea a4 51 42 96 ad, 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 CONTRALORIA Y DESARROLLO ADMINISTRATIVO, EL FORMATO FIRMADO MEDIANTE EL CUAL ACEPTA LAS CONDICIONES DEL USO DE MEDIOS DE IDENTIFICACION ELECTRONICA, QUE OBTUVO AL CERTIFICARSE.

EXTEMPORANEA

Caracteres de autenticidad del Acuse: b3 2f ff 17 c3 25 ed 61 09 31 27 99 01 65 fb 42 b9 58 d6 8d

VERSION INTERNET

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