

DOCUMENTACIÓN SOPORTE QUE SE VALIDO EN EL RUSP
LA DOCUMENTACIÓN QUE SE ANEXA ES EN FOTOCOPIA

NOMBRE	DOCUMENTACIÓN QUE ENTREGO
FELIPE OSORIO OSORIO	<ul style="list-style-type: none">- RECONOCIMIENTO DE CAPACITADOR ELECTORAL ✓- RECONOCIMIENTO DE AUXILIAR DE JUNTA (2000) ✓- RECONOCIMIENTO DE AUXILIAR DE JUNTA (2003) ✓- CONSTANCIA DEL SEMINARIO "CONTRATO DE OBRAS PUBLICAS" ✓- CONSTANCIA DE LA CONFERENCIA "LAS NUEVAS INVESTIGACIONES EN CIENCIAS PENALES Y POLITICA CRIMINAL" ✓- CONSTANCIA DEL CURSO "ADMINISTRACIÓN DE OBRA PUBLICA" ✓- CONSTANCIA DEL CURSO "ACTUALIZACION DE LA LEY DE OBRA PUBLICA" ✓- CONSTANCIA DEL CURSO "LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTO Y SERVICIOS DEL SECTOR PUBLICO" ✓- TITULO DE LICENCIADO EN DERECHO ✓- CEDULA PROFESIONAL ✓- CREDENCIAL DEL IFE ✓- ACTA DE NACIMIENTO ✓- CURP ✓- CARTILLA MILITAR ✓



Inicio | R.U.S.P. | Desarrollo Profesional | Evolución del Desempeño | Capacitación y Certificación | Separación | Control y Evaluación | Mensajes | Manuales |



Operación de Recursos Humanos



Inicio | Experiencia Laboral

FELIPE OSORIO OSORIO - No.de RUSP [REDACTED] Código de puesto: 09-635-1-CFOA001-0000070-E-C-P miércoles, 15 de Octubre de 2008

Experiencia laboral.



En esta página puedes consultar la experiencia laboral que tiene y podrás borrar las peticiones pendientes.

- [Añadir Experiencia Laboral.](#)

No tienes experiencia laboral.

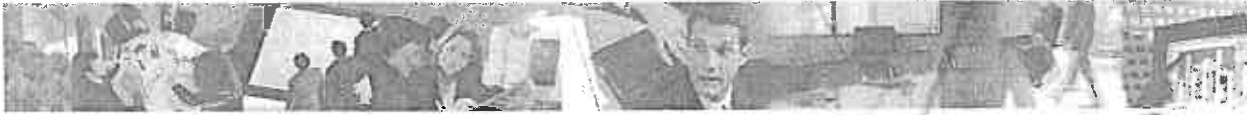
Experiencias a Validar					
Fecha comienzo	Fecha termino	Compañía	Actividades desarrolladas	Estado	Eliminar
16-04-2008		CENTRO SCT ESTADO DE MEXICO	CONTESTACION A DEMANDAS DE AMPARO, DE JUICIOS DE NULIDAD, DE JUICIOS AGRARIOS, DE JUICIOS CIVILES, FORMULACION DE DENUNCIAS, PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS, FORMULACION DE ACATAS ADMINISTRATIVAS.	insertar	X
01-01-2003	15-04-2008	CENTRO SCT ESTADO DE MEXICO	CONTESTACION DE DEMANDAS DE AMPARO, DE JUICIOS DE NULIDAD, DE JUICIOS CIVILES, FORMULACION DE RECURSOS DE REVISION, ACTAS ADMINISTRATIVAS, REVISION DE CONTRATOS DE OBRA PUBLICA, DE SERVICIOS, ELABORACION DE ACTAS ADMINISTRATIVAS, DE PROCEDIMIENTOS ADMINI	insertar	X
01-10-2002	31-03-2003	INSTITUTO ELECTORAL DEL ESTADO DE MEXICO	PREPARACION DE SESIONES, TRAMITE A RECURSOS INTERPUESTOS, CONTESTACION DE OFICIOS, PREPARACION DE REPORTES	insertar	X
01-08-2000	30-09-2002	CENTRO SCT ESTADO DE MEXICO	CONTESTACION DE DEMANDAS DE AMPARO, DE JUICIOS DE NULIDAD, PRESENTACION DE DENUNCIAS, ELABORACION DE ACTAS, INICIO, SEGUIMIENTO Y FINIQUITO DE PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS, REVISION DE CONTRATOS DE OBRA, DE SERVICIOS.	insertar	X
01-03-2000	31-07-2000	INSTITUTO ELECTORAL DEL ESTADO DE MEXICO	PREPARACION DE SESIONES, ELABORACION DE ACTAS ADMINISTRATIVAS, FORMULACION DE REPORTES, CONTESTACION DE RECURSOS.	insertar	X
01-10-1998	31-03-1999	INSTITUTO ELECTORAL DEL ESTADO DE MEXICO	NOTIFICACION Y CAPACITACION A LOS CIUDADANOS INSACULADOS PARA FORMAR PARTE INTEGRANTE DE LAS MESAS DIRECTIVAS DE CASSILLA EN EL PROCESO ELECTORAL	insertar	X

[Arriba]
Unidad de Recursos Humanos y Profesionalización de la APF
Av. Insurgentes Sur No. 1971, Torre III. Col. Guadalupe Inn
Delegación Álvaro Obregón CP. 01020
México, D.F.
Tel. 2000 3000

0204



Inicio | R.U.S.P. | Desarrollo Profesional | Evaluación del Desempeño | Capacitación y Certificación | Separación | Control y Evaluación | Mensajes | Noticias |



Operación de Recursos Humanos



Inicio | Cursos

FELIPE OSORIO OSORIO - No.de RUSP: [REDACTED] Código de puesto: 09-635-1-CFOA001-0000070-E-C-P miércoles, 15 de Octubre de 2008

Cursos.



En esta página puedes consultar los cursos que has tomado y borrar las peticiones pendientes.

- [Añadir cursos.](#)

No hay cursos tomados.

Resultados a validar										
País	Estado	Tipo Curso	Área de conocimiento	Grado de Avance	Institución	Reconocimiento	Fecha de Inicio	Fecha de Término	Status	Eliminar
MEXICO	MEXICO	CURSO	NO APLICA	TERMINADO O PASANTE	CREASER, S.C.	CONSTANCIA	23-06-2008	25-06-2008	Insertar	X
MEXICO	MEXICO	CURSO	CIENCIAS SOCIALES Y ADMINISTRATIVAS	TERMINADO O PASANTE	CREASER, S.C.	CONSTANCIA	08-10-2007	11-10-2007	Insertar	X
MEXICO	MEXICO	CURSO	CIENCIAS SOCIALES Y ADMINISTRATIVAS	TERMINADO O PASANTE	CREASER, S.C.	CONSTANCIA	27-08-2007	30-08-2007	Insertar	X
MEXICO	MEXICO	CURSO	CIENCIAS SOCIALES Y ADMINISTRATIVAS	TERMINADO O PASANTE	INSTITUTO DE LA JUDICATURA FEDERAL - ESCUELA JUDICIAL	CONSTANCIA	13-06-2005	23-06-2005	Insertar	X
MEXICO	MEXICO	CURSO	NO APLICA	TERMINADO O PASANTE	CASA DE CULTURA JURIDICA "JOSE MARIA LOZADA"	CONSTANCIA	19-04-2005	22-04-2005	Insertar	X

[Arriba]

Unidad de Recursos Humanos y Profesionalización de la APF
Av. Insurgentes Sur No. 1971, Torre III. Col. Guadalupe Inn
Delegación Álvaro Obregón CP. 01020
México, D.F.
Tel. 2000 3000



Inicio | R.U.S.P. | Desarrollo Profesional | Evaluación del Desempeño | Capacitación y Certificación | Reparación | Control y Evaluación | Mensajes | Manuales |



El Operación de Recursos Humanos



Inicio - Estudios

FELIPE OSORIO OSORIO - No.de RUSP: [REDACTED] Código de puesto: 09-635-1-CFOA001-0000070-E-C-P miércoles, 15 de Octubre de 2008

Datos de Estudios.



En esta página puedes consultar tus estudios y podrás borrar las peticiones pendientes.

- [Añadir Estudios.](#)

País	Carrera	Nivel de Estudio	Institución	Fecha Inicio	Fecha Fin	Grado de Avance	Id	Eliminar
MEXICO	EDUCACION PRIMARIA	PRIMARIA	ESCUELA PRIMARIA "LIC. BENITO JUAREZ"	01-09-1983	31-07-1988	TITULADO	1	X

País	Carrera	Nivel de Estudio	Institución	Fecha Inicio	Fecha Fin	Grado de Avance	Estatus	Eliminar
MEXICO	EDUCACION SECUNDARIA	SECUNDARIA	ESCUELA SECUNDARIA No. 23	01-09-1989	31-07-1991	TITULADO	insertar	X
MEXICO	EDUCACION MEDIA	PREPARATORIA O BACHILLERATO	PREPARATORIA OFICIAL No. 51	01-09-1992	31-07-1994	TITULADO	insertar	X
MEXICO	DERECHO	LICENCIATURA O PROFESIONAL	UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MEXICO	01-09-1995	30-07-1999	TITULADO	insertar	X
MEXICO	EDUCACION PRIMARIA	PRIMARIA	ESCUELA PRIMARIA OFICIAL "LIC. BENITO JUAREZ"	01-09-1982	31-07-1986	TERMINADO O PASANTE	insertar	X
MEXICO	EDUCACION MEDIA	SECUNDARIA	ESCUELA SECUNDARIA OFICIAL No. 134	01-09-1986	31-07-1991	TERMINADO O PASANTE	insertar	X
MEXICO	EDUCACION MEDIA SUPERIOR	PREPARATORIA O BACHILLERATO	ESCUELA PREPARATORIA OFICIAL No. 51	02-09-1991	29-07-1994	TERMINADO O PASANTE	insertar	X
MEXICO	DERECHO	LICENCIATURA O PROFESIONAL	UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MEXICO	01-09-1994	30-07-1999	TITULADO	insertar	X

[Arriba]

Unidad de Recursos Humanos y Profesionalización de la APF
 Av. Insurgentes Sur No. 1971, Torre III, Col. Guadalupe Inn
 Delegación Álvaro Obregón CP. 01020
 México, D.F.
 Tel. 2000 3000

00001105



RH net
0000



Inicio - Teléfonos

FELIPE OSORIO OSORIO - No.de RUSP: [redacted] Código de puesto: 09-635-1-CFOA001-0000070-E-C-P miércoles, 15 de Octubre de 2008

Números de Teléfonos.



En esta página puedes consultar tus teléfonos y podrás borrar las peticiones pendientes.

- [Añadir Teléfonos.](#)

No tienes teléfonos registrados.

Seleccionados e validados				
Teléfono	Tipo	Lugar	Estado	Anular Registro
[redacted]	Teléfono	Casa	Insertar	X
01722238063	Teléfono	Oficina	Insertar	X

[Arriba]
 Unidad de Recursos Humanos y Profesionalización de la APF
 Av. Insurgentes Sur No. 1971, Torre III. Col. Guadalupe Inn
 Delegación Álvaro Obregón CP. 01020
 México, D.F.
 Tel. 2000 3000

0201

00001106



RHnet
conexión y evaluación

000

Inicio | E.U.S.P. | Desarrollo Profesional | Evaluación del desempeño | Capacitación y Certificación | Separación | Control y Evaluación | Mensajes | Menús



Operación de Recursos Humanos

Salir

Inicio > Direcciones.

FELIPE OSORIO OSORIO - No.de RUSP [redacted] -Código de puesto: 09-635-1-CFOA001-0000070-E-C-P miércoles, 15 de Octubre de 2008

Direcciones.



En esta página puedes consultar las direcciones que tienes y podrás borrar las peticiones pendientes.

- Añadir direcciones.

No tiene dirección.

Direcciones a validar										
País	Estado	Delegación o Municipio	Colonia	Código postal	Calle	No. Exterior	No. Interior	No. Departamento	Estatus	Eliminar
									Insertar	<input checked="" type="checkbox"/>

[Arriba]

Unidad de Recursos Humanos y Profesionalización de la APF
Av. Insurgentes Sur No. 1971, Torre III, Col. Guadalupe Inn
Delegación Álvaro Obregón CP. 01020
México, D.F.
Tel. 2000 3000

0200

00001107



Inicio | R.U.S.P. | Desarrollo Profesional | Evaluación del desempeño | Capacitación y Certificación | Separación | Control y Evaluación | Mensajes | Manuales |



Operación de Recursos Humanos



Inicio | Direcciones de Correo Electrónico | FELIPE OSORIO OSORIO - No.de RUSP [redacted] Código de puesto: 09-635-1-CFDA001-0000070-E-C-P miércoles, 15 de Octubre de 2008

Direcciones de correo electrónico



En esta página puedes consultar tus e-mails y podrás borrar las peticiones pendientes.

• Añadir e-mails.

Lista de e-mails				
E-mail	Lugar	Id	Eliminar	
ssolache@sct.gob.mx	Oficina	1	X	
[redacted]	Casa	2	X	

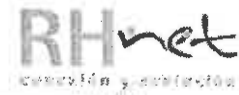
No hay solicitudes a validar.

[Arriba]

Unidad de Recursos Humanos y Profesionalización de la APF
Av. Insurgentes Sur No. 1971, Torre III. Col. Guadalupe Inn
Delegación Álvaro Obregón CP. 01020
México, D.F.
Tel. 2000 3000

0199

00001108



Inicio | R.U.S.P. | Desarrollo Profesional | Evaluación del Desempeño | Capacitación y Certificación | Separación | Control y Evaluación | Mensajes | Menús



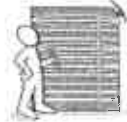
Operación de Recursos Humanos



Inicio - Datos personales

FELIPE OSORIO OSORIO - No. de RUS [redacted] Código de puesto: 09-635-1-CFOA001-0000070-E-C-P miércoles, 15 de Octubre de 2008

Datos Personales.



En esta página puedes consultar tus datos personales y podrás borrar las peticiones pendientes.

Tus Datos Personales												
Nombre	Apellido Pat.	Apellido Mat.	Sexo	Fecha de Nacimiento	País	Estado	RFC	CURP	Numero IFE	Cartilla del SMN	Cedula Profesional	
FELIPE	OSORIO	OSORIO										Modificar

Peticiones a validar												
Nombre	Apellido Pat.	Apellido Mat.	Sexo	Fecha de Nacimiento	País	Estado	RFC	CURP	Numero IFE	Cartilla del SMN	Cedula Profesional	
FELIPE	OSORIO	OSORIO										X

[Arriba]

Unidad de Recursos Humanos y Profesionalización de la APF
Av. Insurgentes Sur No. 1971, Torre III, Col. Guadalupe Inn
Delegación Álvaro Obregón CP. 01020
México, D.F.
Tel. 2000 3000

0198

ESCRITO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD**TOLUCA, MEXICO A 22 DE ABRIL DE 2008****SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES
P R E S E N T E.**

Por este conducto manifiesto BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD:

- I. Ser [REDACTED] / encontrarme en pleno goce de mis derechos civiles y políticos;
- II. No haber sido sentenciado con pena privativa de libertad por delito doloso.;
- III. No estar impedido para prestar servicios públicos, en los términos de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos y las disposiciones correlativas en las entidades federativas;

Así mismo, manifiesto poseer el grado académico requerido mismo que acredito con la documentación que anexo, la cual tiene validez oficial por la institución que la emite.

Atentamente



LIC. FELIPE OSORIO OSORIO


ESTE DOCUMENTO ES TRANSFERIBLE
NO ES VALIDO SI PRESENTA TACHAS
O RASGOS O ENMEJORAS

EL TITULAR ESTA OBLIGADO A NOTIFICAR EL CAMBIO DE DOMICILIO EN
LOS 30 DIAS SIGUIENTES A QUE ESTE
DOCUMENTO

[Signature]

MANUEL LOPEZ BERNAL
SECRETARIO EJECUTIVO DEL
INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL

ELECCIONES FEDERALES
12 15 06 09 09 10 11 12 13 04 05 08

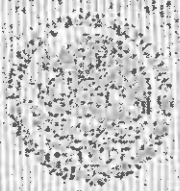
 INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL
REGISTRO FEDERAL DE ELECTORES
CREDENCIAL PARA VOTAR

NOMBRE
OSORIO
OSORIO
FELIPE
DOMICILIO

00

00001110

0196



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE MEXICO
REGISTRO CIVIL

CONTROL N° 11811
00001111
00001010

EN HONOR DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE MEXICO Y COMO OFICIAL
DEL REGISTRO CIVIL DE ESTA MUNICIPALIDAD DE LEGACION CERTIFICO
RECIBIDO QUE EN EL LIBRO N° [REDACTED] DEL AÑO [REDACTED]
DEL REGISTRO CIVIL QUE ES A MI CARGO, EN LA FOJA [REDACTED] SE ENCUENTRA ASEN-
TADA EL ACTA N° [REDACTED] LEVANTADA POR EL C. OFICIAL [REDACTED] DEL REGISTRO CIVIL
EN LA CUAL SE CONTIENEN LOS SIGUIENTES DATOS:

ACTA DE NACIMIENTO

NOMBRE: FELIPE OSORIO URRUTIA
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] DIA [REDACTED] MES [REDACTED] AÑO [REDACTED] HORAS [REDACTED]
PRESENTADO: VIVO [REDACTED] MUERTO SEXO: MASCULINO [REDACTED]
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]
COMPARECIO: EL PADRE [REDACTED] MADRE ABOS PERSONA DISTINTA REGISTRADO

NOMBRES
A
DE
FAMILIA
NOMBRES
DE
PARENTESCO

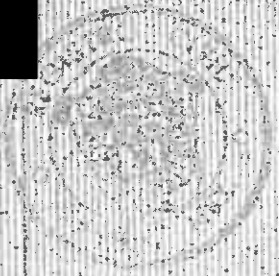
NOMBRES
NOMBRES
ABUELO
ABUELA
ABUELO
ABUELA
NOMBRES
NOMBRES
DE



PERSONA DISTINTA DE LOS PADRES QUE PRESENTA AL REGISTRADO:





FECHA DE [REDACTED]
SELLO DE LA OFICIALIA
DEL REGISTRO CIVIL



NOMBRE: LUIS PEDRO MENDOZA ARCO

[Handwritten signature]

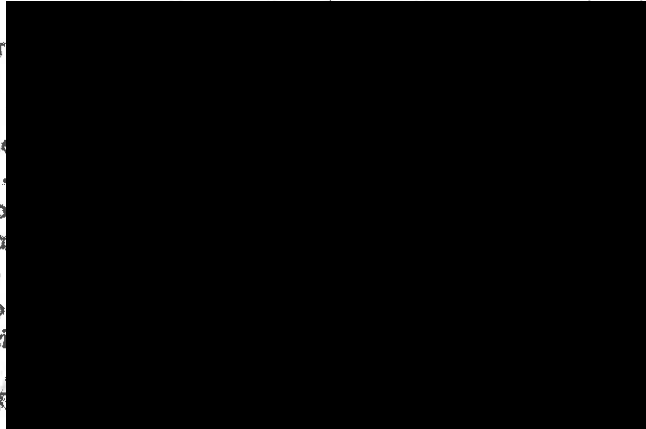
195

AUTENTICO	 REGISTRO NACIONAL DE POBLACION	Esta Clave Unica de Registro de Población, se expide con base en los datos que identifican su documento probatorio:
	CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION	ACTA DE NACIMIENTO:
	[REDACTED]	ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]
	FELIX OSORIO OSORIO	MUNICIPIO: [REDACTED]
	<small>ESTADO REGISTRADO</small>	AÑO DE REGISTRO: [REDACTED]
	[REDACTED]	NUMERO DE LIBRO: [REDACTED]
	[REDACTED]	NUMERO DE ACTA O FOJA: [REDACTED]
		

REGISTRO

SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL
SERVICIO MILITAR NACIONAL

Nombre
Fecha
Nació
Hijo de
Y de
Estado
Ocupa
(Sabe
Grado
Domici



El Presidente de la J. N. de

El Comandante Brigada DIM

del Estado Libre Asociado de Puerto Rico

El Comandante

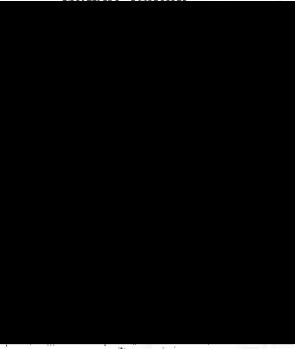
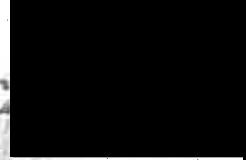
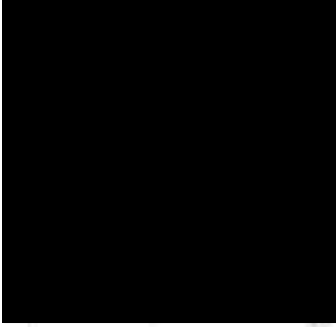
del Estado Libre Asociado de Puerto Rico

del Estado Libre Asociado de Puerto Rico

del Estado Libre Asociado de Puerto Rico



LIBERTAD, P.R.A., EL 11 DE AGOSTO DE 1998.



ESTA CARTILLA NO
DEBE TENER
RASPADURAS

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

VICENTE CONTRERAS MORALES

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

OFICIALIA DE PARTES

28761

"2008, año de la Educación Física y el Deporte" APR 15 PM 2:37

Toluca, México, a 11 de Abril de 2008.

3AY194

SCT
OFICIALIA MAYOR
DIRE



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

00330

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

Agradeciéndole, se continué con el tramite correspondiente.

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

ATENTAMENTE
SUBDIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN

LAE. VICTOR HUGO ORTIZ RUIZ.

14 APR 2008

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

VHOR/RMBB/mamg.

0192

Centro SCT México
 Subdirección de Administración
 Depto. de Recursos Humanos
 No. Of. C. SCT.6.10.411.0240/2008

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

Toluca, México; a 26 de Marzo de 2008.

LIC. RUDY O. ALBERTOS CAMARA
DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS HUMANOS
CENTRO NACIONAL SCT
MEXICO, D.F.

SECRETARÍA DE
 COMUNICACIONES
 Y TRANSPORTES



Continuando con mi oficio Núm. SCT.6.10.411.0191/2008 de fecha 6 de marzo del año en curso, me permito enviar a usted la documentación soporte del nuevo candidato para ocupar la plaza de Jefe de Departamento de lo Contencioso. Lo anterior debido al plan emergente para la ocupación de plazas de Mandos Medios y Enlaces, así como la conversión de las mismas.

Asimismo, me permito anexar al presente la siguiente documentación del candidato propuesto para ocupar dicha plaza:

- 1.- Reporte de Entrevista del Candidato.
- 2.- Currículum.
- 3.- Documentos probatorios de experiencia y escolaridad.
- 4.- Escrito bajo protesta de decir verdad.

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

ATENTAMENTE
DIRECTOR GENERAL

ING. FELIPE DE JESUS RIVERA VALENZUELA

0191

C.c.p. Lic. Ma. Fernanda Casanueva de Diego.-Oficial Mayor del Ramo.- México,DF.
 Ing. José Guadalupe Tarcisio Rodríguez Martínez.-Coordinador General de Planeación y Centros SCT.-México, D.F.
 Lic. Agustín Ramírez Ramírez.-Titular del Organo Interno de Control de la SCT.-México, D.F.
 Lic. Jesús José Espinoza Mendivil.-Director General Adjunto de Recursos Humanos.-México, D.F.
 Lic. Maria Elena Ávila Martínez.-Directora de Ingresos y Profesionalización.- México, D.F.
 Lic. Víctor Hugo Ortiz Ruiz.-Subdirector de Administración.-Edificio.
 VHOR/RMBB/mamg.

ESCRITO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD**TOLUCA, MEXICO 26 DE MARZO DE 2008****Comité de Selección
SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES
P R E S E N T E .**

Por este conducto manifiesto cumplir los siguientes requisitos del Artículo 21 de la Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal:

- I. Ser [REDACTED] en pleno ejercicio de sus derechos o extranjero cuya condición migratoria permita la función a desarrollar;
- II. No haber sido sentenciado con pena privativa de libertad por delito doloso;
- III. Tener aptitud para el desempeño de sus funciones en el servicio público;
- IV. No pertenecer al estado eclesiástico, ni ser ministro de algún culto, y
- V. No estar inhabilitado para el servicio público ni encontrarse con algún otro impedimento legal.

Lo anterior, con la finalidad de continuar en el proceso de selección llevado a cabo en esa Dependencia del Ejecutivo Federal.

Atentamente
(FIRMA)



FELIPE OSORIO OSORIO

Folio
(asignado para el concurso)

0190



REPORTE DE ENTREVISTA TÉCNICA

NOMBRE DEL CANDIDATO PROPUESTO: FELIPE OSORIO OSORIO

FECHA: 25 DE MARZO DE 2008

RFC DEL CANDIDATO: [REDACTED]

CURP DEL CANDIDATO: [REDACTED]

PUESTO PARA EL CUAL SE PROPONE: JEFE DEL DEPARTAMENTO DE LO CONTENCIOSO

UNIDAD ADMINISTRATIVA: UNIDAD DE ASUNTOS JURIDICOS DEL CENTRO SCT ESTADO DE MEXICO

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR: LIC. SANDRA SOLACHE GONZALEZ

PUESTO DEL ENTREVISTADOR: ENCARGADA DE LA UNIDAD DE ASUNTOS JURIDICOS DEL CENTRO SCT ESTADO DE MEXICO

INSTRUCCIONES: De acuerdo a la entrevista técnica realizada, marque con una "X" el rango en que se encuentra el candidato en relación al nivel requerido y/o conteste las preguntas:

1. La experiencia profesional del candidato es afin al puesto en un nivel:

~~Muy adecuado~~

Adecuado

Poco adecuado

Puestos anteriormente ocupados (señalar los periodos):

- Auxiliar en la Unidad de Asuntos Jurídicos del Centro SCT Estado de México, dependiente de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes (Noviembre de 2003 a la fecha).

- Auxiliar de la Junta Municipal Electoral No. 52 del Municipio de Lerma, Estado de México, del Instituto Electoral del Estado de México, Proceso Electoral (2002-2003).

- Auxiliar en la Unidad de Asuntos Jurídicos del Centro SCT Estado de México, dependiente de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes (2000- 2002).

- Auxiliar de la Junta Municipal Electoral No. 52 del Municipio de Lerma, Estado de México, del Instituto Electoral del Estado de México, Proceso Electoral (2000).

- Capacitador Electoral de la Junta Distrital No. 4 con cabecera en el Municipio de Lerma, Estado de México, del Instituto Electoral del Estado de México, Proceso Electoral (1999).

2. La actualización profesional del candidato afin a las funciones del puesto es:

~~Muy adecuada~~

Adecuada

Poco adecuada

Último Grado de estudios:

Licenciatura en Derecho

Cursos:

1. Las nuevas investigaciones en ciencias penales y política criminal.
2. Problemática jurídica en los contratos de obras públicas.
3. Actualización de la Ley de Obra Pública.
4. Administración de la Obra Pública.

3. Las técnicas y/o metodologías que conoce el candidato para aplicar en el área son:

~~Muy adecuadas~~

Adecuadas

Poco adecuadas

Mencionar las técnicas y metodologías:

- El Método documental, que de acuerdo a las áreas del derecho que se abarca en el puesto a ocupar, es principalmente el estudio de documentos (Leyes, Códigos, Normas, Reglamentos, Libros, Jurisprudencias, etc), para el conocimiento del asunto a tratar y poder elaborar los proyectos de demanda o contestación de las mismas, así como requerimiento de las distintas autoridades judiciales y administrativas.

Como técnica del empleo del método que se trata, es la localización de las fuentes documentales, tanto en el acervo de archivo que se cuente en la propia unidad jurídica, en internet, o en bibliotecas públicas; tener presente las fuentes documentales con que se cuente, para así tener los elementos necesarios para poder desempeñar el trabajo a realizar.

- El Método analítico, que en el desempeño del las actividades a realizar, es de suma importancia, toda vez que a través de el podrá analizar los distintos tipos de documentos, circunstancias y problemas que se planteen a la Unidad de Asuntos Jurídicos, distinguiendo y separando en partes el problema o asunto que se plantee, para llegar a conocer sus elementos y tener los propios para la contestación a los mismos.

La técnica a utilizar en el presente método, lo es desde el análisis de una Ley, artículo por artículo, un estudio de los elementos de una definición o concepto jurídico que forme parte de un cuerpo doctrinario de las distintas ramas del derecho, así como el estudio de los elementos que conforman una demanda, resolución, acuerdos, etc. que son materia de aplicación en las Unidades Jurídicas.

-El Método sintético, es importante en el desarrollo de las distintas actividades de las unidades jurídicas, toda vez que los problemas que tiene como función resolver o dar tramite a problemas planteados, de lo que se puntualiza que la síntesis es procedimiento ordenado y significativo para el atinado seguimientos en dichos problemas.

Teniendo en cuenta que las distintas áreas del Centro SCT hacen llegar a la Unidad Jurídica la mayoría de información para la contestación de demandas y juicios, y siendo la actividad de la propia unidad reunir la información necesaria y prioritaria para dichas contestaciones o seguimientos de tramites judiciales o administrativos, la síntesis o el resumen de la misma es de suma importancia para el desempeña de la Unidad Jurídica.

0188

4. De acuerdo a la experiencia del candidato, las propuestas que presenta para mejorar las tareas asignadas son:

~~Muy adecuadas~~

Adecuadas

Poco adecuadas

Mencionar propuestas:

- Solicitar que mediante acuerdo o decreto se otorgue facultad al Inspector de Vías Generales de Comunicación y al Servidor Público Comisionado para emitir boletas de infracción, en virtud de que al interponer juicio de nulidad en contra de estas boletas se declara la nulidad lisa y llana de las mismas, al no tener facultad la autoridad emisora de las mismas.

- Mantener estrecha relación con las distintas áreas que integran el Centro SCT, para estar en aptitud de formular y contestar las demandas o requerimientos de las distintas autoridades judiciales o administrativas, teniendo presente las disposiciones jurídicas y de procedimiento.

- Distribuir el tiempo de trabajo para la debida atención en particular de los distintos asuntos en materia penal, civil, administrativo, fiscal, agrario, amparos, etc.

5. El nivel de conocimientos específicos afines al puesto que presenta el candidato es:

~~Muy adecuado~~

Adecuado

Poco adecuado

Especifique las áreas de conocimiento afines al puesto que domina el candidato:

1. Conocimiento en Derecho Administrativo, Penal, Civil, Agrario, Amparo, fiscal, Contencioso Administrativo, etc.

2. Conocimiento de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas, de la Ley de Adquisiciones, Arrendamiento y Servicios del Sector Público y sus Reglamentos.

3. Conocimiento en la Normativa en materia de Transporte Público federal.

6. En relación a la competencia del área, el conocimiento normativo del candidato es:

~~Muy adecuado~~

Adecuado

Poco adecuado

7. Los conocimientos del candidato sobre los objetivos estratégicos del área son:

~~Muy adecuadas~~

Adecuados

Poco adecuados

8. El candidato maneja el equipo de computo necesario para realizar las funciones del puesto en un nivel:

~~Avanzado~~

Intermedio

Básico

No maneja

9. De acuerdo a la capacidad técnica y experiencia en el área, se espera que el candidato desempeñe satisfactoriamente las funciones del puesto en un tiempo:

~~Inmediato~~

A corto plazo

A mediano plazo

0187

10. Con base en las funciones del puesto, los temas en los que el candidato requiere capacitarse para mejorar su desempeño son:

TEMAS	Nivel requerido		
	Avanzado	Intermedio	Básico
Derecho Administrativo		X	
Derecho de Amparo		X	
Derecho penal		X	

11. De acuerdo a los resultados de la entrevista, considera que el perfil del candidato para ocupar el puesto propuesto es:

Muy Adecuado: Supera el requerido en el puesto	el	Adecuado: Cumple con el nivel requerido en el puesto.	Poco adecuado: Se encuentra por debajo del requerido en el puesto.
--	----	---	--

12. En una escala de 0 a 10 el candidato obtuvo una calificación de: 10

Comentarios:

De acuerdo a los 6 años aproximadamente que tengo de contribuir a las labores de la Unidad de Asuntos Jurídicos del Centro SCT Estado de México, dependiente de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, conociendo las distintas actividades que tiene encomendadas esta unidad, estoy con el animo personal y profesional de desempeñar tan importante responsabilidad en el puesto propuesto.

Con el conocimiento de la trascendencia que tiene esta Dependencia del Ejecutivo Federal, me complacería formar parte de ella oficialmente, toda vez que en ella me he formado de acuerdo a las multiples responsabilidades de trabajo que son encomendadas a la Unidad de Asuntos Jurídicos y que en forma colateral con la Titular de la misma, he contribuido con los trabajos que a la fecha me han encomendado.

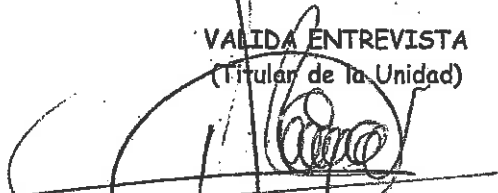
Sabiendo de las responsabilidades de trabajo que están propuestas para el puesto a que aspiro, tengo la mas amplia responsabilidad personal y profesional de desempeñarlo y esperando contar con el visto bueno de mis compañeros de la Secretaría, se que tendrá buenos resultados la Jefatura del Departamento de lo contencioso.

ENTREVISTÓ
(Superior Jerárquico)



LIC. SANDRA SOLACHE GONZALEZ
ENCARGADA DE LA UNIDAD DE ASUNTOS
JURIDICOS DEL CENTRO SCT MEXICO

VALIDA ENTREVISTA
(Titular de la Unidad)



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

CÉDULA 4080916

SOP

SOP

DGF

México D.F. 8 de Marzo del 2004



FIRMA DE CÉDULA

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA

DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES

CÉDULA 4080916

DE VIRTUD DE QUE

FELIPE

OSORIO

OSORIO

PERSONAL CON TÍTULO DE INGENIERO EN ELECTRICIDAD Y ELECTRÓNICA

EXERCER DE SU PROFESIÓN EN EL DISTRITO FEDERAL DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA

CÉDULA

PERSONAL CON TÍTULO DE TALENTE PARA EJERCER SU PROFESIÓN EN EL NIVEL DE INGENIERÍA EN

DERECHO

VICTOR EVERARDO BELTRAN COBONA

DIRECTOR GENERAL DE PROFESIONES



Acuse de Examen Técnico

Folio: [REDACTED]

Nombre: FELIPE OSORIO OSORIO

Plaza: Jefe de Departamento de lo Contencioso

Centro SCT: CENTRO S.C.T. MEXICO

Fecha: 11/ABRIL/2008

1. AL FRENTE DE CADA SECRETARÍA HABRÁ UN SECRETARIO DE ESTADO, QUIEN PARA EL DESPACHO DE LOS ASUNTOS DE SU COMPETENCIA, SE AUXILIARÁ POR:

R: Subsecretarios, Oficial Mayor, directores, subdirectores, jefes y subjefes de departamento, oficina, sección y mesa, y por los demás funcionarios que establezca el reglamento interior respectivo y otras disposiciones legales

2. ¿CUÁL ES EL TÉRMINO PARA INTERPONER EL RECURSO DE RECLAMACIÓN?

R: A los quince días siguientes en que surta sus efectos la notificación de la resolución impugnada

3. ¿EN QUÉ CASOS PROCEDE EL PERDÓN LEGAL DEL OFENDIDO?

R: En los delitos que se persiguen por querrela de parte ofendida

4. CONCLUIDOS LOS TRABAJOS, EL CONTRATISTA QUEDARÁ OBLIGADO A:

R: Responder de los defectos que resultaren en los mismos, de los vicios ocultos y de cualquier otra responsabilidad en que hubiere incurrido, en los términos señalados en el contrato respectivo y en la legislación aplicable

5. ¿QUÉ DEPENDENCIAS INTEGRAN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA CENTRALIZADA?

R: La Presidencia de la República, las Secretarías de Estado, los Departamentos Administrativos y la Consejería Jurídica del Ejecutivo Federal

6. LAS COSAS PUEDEN ESTAR FUERA DEL COMERCIO POR:

R: Su naturaleza

7. ¿EL ÓRGANO SUPERIOR DEL EJIDO ES?

R: La asamblea

8. ¿QUIÉN COMETE EL DELITO DE CORRUPCIÓN DE MENORES?

R: El que induzca, procure, facilite u obligue a un menor de dieciocho años de edad o a quien no tenga capacidad de comprender el significado del hecho, a realizar actos de exhibicionismo corporal, lascivos o sexuales, prostitución, ebriedad, consumo de narcóticos, prácticas sexuales o a cometer hechos delictuosos

9. ¿CUÁL ES LA AUTORIDAD ENCARGADA DE LIBRAR LAS ÓRDENES DE APREHENSIÓN?

R: La autoridad judicial

10. CUANDO EL MINISTERIO PÚBLICO SOLICITE LOS AUTOS PARA FORMULAR PEDIMENTO, ¿EN QUÉ TÉRMINO CONTADO A PARTIR DE LA FECHA EN QUE LOS HAYA RECIBIDO DEBERÁ DEVOLVERLOS AL TRIBUNAL COLEGIADO?

R: Dentro del término de diez días

11. DE LOS SIGUIENTES, ¿CUÁLES SON CASOS DE IMPROCEDENCIA DEL JUICIO DE AMPARO?

R: Contra actos de la Suprema Corte de Justicia; contra resoluciones dictadas en los juicios de amparo o en ejecución de las mismas, y contra actos que no afecten los intereses jurídicos del quejoso.

12. ¿CUÁNDO PODRÁ DECRETARSE LA ACUMULACIÓN DE JUICIOS DE AMPARO A INSTANCIA DE PARTE, O DE OFICIO?

R: Cuando se trate de juicios promovidos por el mismo quejoso, por el mismo acto reclamado, aunque las violaciones constitucionales sean distintas, siendo diversas las autoridades responsables o cuando se trate de juicios promovidos contra las mismas autoridades, por el mismo acto reclamado, siendo diversos los quejosos ya sea que éstos hayan intervenido en el negocio o controversia que motivó el amparo o que sean extraños a los mismos.

13. QUÉ PENALIDAD SE IMPONDRÁ:

I.- AL QUE POR EL SÓLO HECHO DE QUITAR O MODIFICAR SIN LA DEBIDA AUTORIZACIÓN, UNO O MÁS DURMIENTES, RIELES, CLAVOS, TORNILLOS, PLANCHAS Y DEMÁS OBJETOS SIMILARES QUE LOS SUJETEN, O UN CAMBIA VÍAS DE FERROCARRIL DE USO PÚBLICO.

II.- AL QUE DESTRUYA O SEPRE UNO O MÁS POSTES AISLADORES, ALAMBRES, MÁQUINAS O APARATOS EMPLEADOS EN EL SERVICIO DE TELÉGRAFOS, CUALQUIERA DE LOS COMPONENTES DE LA RED PÚBLICA DE TELECOMUNICACIONES, EMPLEADA EN EL SERVICIO TELEFÓNICO, DE CONMUTACIÓN O DE RADIOCOMUNICACIÓN, O CUALQUIER COMPONENTE DE UNA INSTALACIÓN DE PRODUCCIÓN DE ENERGÍA MAGNÉTICA O ELECTROMAGNÉTICA O SUS MEDIOS DE TRANSMISIÓN.

III.- AL QUE PARA DETENER LOS VEHÍCULOS EN UN CAMINO PUBLICO, O IMPEDIR EL PASO DE UNA LOCOMOTORA, O HACER DESCARRILAR ÉSTA O LOS VAGONES, QUITE O DESTRUYA LOS OBJETOS QUE MENCIONA LA FRACCIÓN PRIMERA, PONGA ALGÚN ESTORBO O CUALQUIER OBSTÁCULO ADECUADO.

R: De uno a cinco años de prisión y de cien a diez mil días multa.

14. CUANDO UNA AUTORIDAD ES SUMISA EN RENDIR SU INFORME PREVIO Y/O JUSTIFICADO, ¿EN QUÉ FORMA RESOLVERÁ EL JUEZ DE DISTRITO?

R: Tendrá como falsos los actos reclamados

15. CUÁL DE LOS SIGUIENTES ES UN REQUISITO PARA CONTRAER MATRIMONIO CIVIL:

R: Un certificado suscrito por un médico titulado donde diga que los pretendientes no padecen enfermedad crónica

16. ¿EN QUÉ TÉRMINO DEBE Oponer RECONVENCIÓN EL DEMANDADO DENTRO DEL JUICIO AGRARIO?

R: Al momento del emplazamiento

17. ¿CON EXCEPCIÓN DE QUÉ PERSONAS TODO INDIVIDUO ESTÁ OBLIGADO A PRESENTARSE ANTE LOS TRIBUNALES Y ANTE EL MINISTERIO PÚBLICO CUANDO SEA CITADA A MENOS QUE NO PUEDA HACERLO PORQUE PADEZCA ALGUNA ENFERMEDAD QUE SE LO IMPIDA O TENGA ALGUNA OTRA IMPOSIBILIDAD FÍSICA PARA PRESENTARSE?

R: Con excepción de los altos funcionarios de la Federación

18. ¿QUÉ ES UNA DONACIÓN ANTENUPCIAL?

R: La que se hacen los consortes

19. MENCIONA TRES CAUSAS DE SOBRESEIMIENTO DEL JUICIO DE AMPARO.

R: Cuando el agraviado desista expresamente de la demanda; cuando el agraviado muera durante el juicio, si la garantía reclamada sólo afecta a su persona, y cuando durante el juicio apareciere o sobreviniere alguna de las causas de improcedencia a que se refiere el capítulo anterior

20. ¿CUÁNDO SE PUEDE REVOCAR UN MANDATO?

R: Cuando le parezca al que lo otorgó

21. ¿CUÁNTOS TUTORES Y CURADORES DEFINITIVOS SE PUEDEN TENER AL MISMO TIEMPO?

R: Uno

22. LAS PARTES PUEDEN PEDIR EN TODO TIEMPO DEL JUICIO, O RESUELTO DEFINITIVAMENTE EL PUNTO RELATIVO, LAS OBJECIONES QUE SE HUBIERE FUNDADO CUANDO SE HAYA DICTADO SENTENCIA.

R: Copia certificadas del expediente

23. SI HUBIERE ALGUNA IRREGULARIDAD EN EL ESCRITO DE DEMANDA, POR NO HABER SATISFECHO LOS REQUISITOS QUE ESTABLECE EL ARTÍCULO 166, ¿CUAL ES EL TÉRMINO QUE CONCEDERÁ EL TRIBUNAL COLEGIADO DE CIRCUITO AL PROMOVENTE DEL AMPARO PARA QUE SUBSANE LAS OMISIONES O CORRIJA LOS DEFECTOS EN QUE HUBIERE INCURRIDO, LOS QUE SE PRECISARÁN EN LA PROVIDENCIA RELATIVA?

R: Cinco días

24. ¿QUÉ SANCIÓN SE LE IMPONDRÁ AL O A LOS QUE SE OPONGAN A QUE SE EJECUTE ALGUNA OBRA O TRABAJOS PÚBLICOS?

R: De tres meses a un año de prisión, si sólo hiciere una oposición material sin violencia. Y en caso de existir violencia, la pena será hasta de dos años.

25. ESTA INSTANCIA PODRÁ VERIFICAR, EN CUALQUIER TIEMPO, QUE LAS OBRAS PÚBLICAS Y SERVICIOS RELACIONADOS CON LAS MISMAS SE REALICEN CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA LEY DE OBRAS PÚBLICAS Y SERVICIOS RELACIONADOS CON LAS MISMAS O EN OTRAS DISPOSICIONES APLICABLES.

R: La Secretaría de la Función Pública

Total de preguntas 25

Observaciones

0183



Firma del aspirante

00001124

FELIPE OSORIO OSORIO

Aplicador(a):CENTRO S.C.T. Edo. MÃ©xico

0182

00001125

Asunto: SE ENVIA EXAMEN

De: "C. Rosa Ma. Bertha Berriel Martinez" <rmbecema@sct.gob.mx>

Fecha: Fri, 11 Apr 2008 15:37:48 -0500

PARA:: fgodinez@sct.gob.mx

BUENAS TARDES

ENVIO EXAMEN QUE PRESENTO EL C. FELIPE OSORIO OSORIO PARA LA OCUPACION EVENTUAL DE LA JEFATURA DE DEPARTAMENTO DE LO CONTENCIOSO, EL ORIGINAL SE ENVIARA CON UN PROPIO.

ATTE

ROSA MARIA BERTHA BERRIEL MARTINEZ
JEFA DEPTO. RECURSOS HUMANOS
CENTRO SCT MEXICO "635"

0181

Asunto: Evaluaciones para Plazas Eventuales

Fecha: Wed, 9 Apr 2008 20:01:35 -0500

De: "Gonzalez Valencia" <fgonzalv@webmail.sct.gob.mx>

Respuesta: A: <fgonzalv@webmail.sct.gob.mx>

PARA: <vorrui@webmail.sct.gob.mx>

Lic. Victor Hugo Ortiz
Subdirector de Administración
Centro SCT Estado de México
Presente

En atención al oficio No. SCT.6.10.411.0191/2008 de fecha 6 de marzo del año en curso, mediante el cual solicitó ese Centro SCT la ocupación de las plazas eventuales:

- Jefe de Departamento de lo Contencioso

Al respecto le comento la programación a evaluación de las mismas será el viernes 11 de abril a las 13:00 hrs. (hora del centro)

Tendrán que estar en línea los aspirantes, en la liga:

<http://10.33.142.145/eventuales/evaluacion>

El folio y contraseña de acceso de dichas plazas los obtendrán llamando a las extensiones 26264 y 32519 con el Lic. Misael Tejeda y la Lic. Guadalupe Barroso en el horario indicado para poder dar inicio a la evaluación.

Asimismo, se le solicita que una vez terminado el examen se imprima para firma del candidato y se envíe vía correo electrónico a la dirección fgonzalv@sct.gob.mx.

Quedo a sus órdenes,

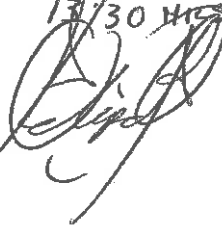
Lic. Francisco Alfredo González Valencia
Subdirector de Reclutamiento y Selecc

ENTERADO

LIC. FELIPE OSORIO O.

10-ABRIL-08

13/30 HRS



00001127



www.wilsonjones.com

0179

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] LUGAR: [REDACTED] NACIONALIDAD: [REDACTED]
 EDO. CIVIL: [REDACTED] No. REG. PERSONAL FED: [REDACTED] No. REGISTRO DE CEDULAS PERSONAL EN HDA: [REDACTED]
 COLOR: [REDACTED] SEÑAS PARTICULARES: [REDACTED] ESTATURA: [REDACTED]
 COMPLECIÓN: [REDACTED] No. S.C.T.: [REDACTED]
 DOMICILIO: [REDACTED] FECHA 1er. INGRESO: 16 04 2008
 NOMBRE D: [REDACTED] REINGRESO: [REDACTED]

ANTIGUEDAD EN EL ISSSTE:

FECHA DE NOMBRAMIENTO	INV.	CATEGORIA Y No. DICTAMEN ESCALAFONARIO	DEPENDENCIA DE ADSCRIPCIÓN O CENTRO S.C.T.	OBSERVACIONES	PERCEPCIONES			BAJAS
					SUELDO MENSUAL O DIARIO	QUINQUENIO	COMPENSACIÓN	
16 04 08	0001	Señal de Depto CFOA001	Noo. Ing. Eventual Presuposta.		6,855.50	ad	310808	16 04 08
16 04 08	"	"	Base		6,855.50			
16 04 13	"	"	Inicia A1 Quinq.		6,855.50	100-		
16 04 15	"	Bayas por Penuria.						

NOMBRE: OSORIO OSORIO FELIPE
 EXPEDIENTE No: A herencia Solidario



SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

BAJA POR RENUNCIA

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 1

1.- DATOS COMPLETOS DEL TRABAJADOR

Nombre Completo: OSORIO OSORIO FELIPE

Apellido Paterno: OSORIO Apellido Materno: OSORIO

R.F.C.: OSORIO OSORIO FELIPE CURP: OSORIO OSORIO FELIPE

Domicilio Completo: [Redacted]

Calle, Av., Calz. Etc.: [Redacted] Colonia, Barrio ó Secc.: [Redacted] C.P.: [Redacted] Ciudad: [Redacted] Estado: [Redacted]

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

Fecha de Ingreso: 16/04/2008 Fecha de baja: 15/03/2015

Con número: DIECISEIS DE ABRIL DEL DOS MIL OCHO Con Letra (día, mes y año): QUINCE DE MARZO DEL DOS MIL QUINCE

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

4.- OBSERVACIONES

REVISO

JEFA DEL DEPTO. DE RECURSOS HUMANOS

C. ROSA MARÍA BERTHA BERRIEL MARTÍNEZ

AUTORIZO

SUBDIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN

JESÚS ARMANDO COSTA MARTÍNEZ



0177

0000

00001129

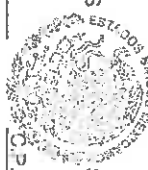
5.- PERCEPCIONES QUE APORTARON AL FONDO DEL I.S.S.S.T.E.

PERIODO,		PUESTO (NOMBRE, CODIGO Y NIVEL)	PAGADURIA	SUELDO COTIZABLE	QUINQUENIOS	OTRAS PERCEPCIONES SUJETAS A ACOTIZACION AL ISSTE	TOTAL (PESOS)					
DEL	AL											
16	04	08	31	08	08	JEFE DE DEPARTAMENTO CFOA001-OA01	98900	\$	6,955.50		\$	6,955.50
01	09	08	15	04	13	JEFE DE DEPARTAMENTO CFOA001-OA01	63500	\$	6,955.50		\$	6,955.50
18	04	13	15	03	15	JEFE DE DEPARTAMENTO CFOA001-OA01	63500	\$	6,955.50		\$	6,955.50
						BAJA POR RENUNCIA						
						PUESTO: JEFE DE DEPARTAMENTO						
						CODIGO: CFOA001						
						NIVEL: OA01						

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

VERIFICO

JEFA DEL DEPTO DE RECURSOS HUMANOS



C. ROSA MARIA BARRERA DEL MARTINEZ

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

CENTRO SCITEL DE TRONCO


TOLUCA, ESTADO DE MEXICO

23 DE MARZO DEL 2015

SUBDIRECTOR DE ADMINISTRACION

AUTOFINANCIAMIENTO

C. P. JESUS ARMANDO GONZALEZ MARTINEZ



FELIPE OSORIO OSORIO

Nota: a) Esta nota 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, errores de escritura o la firma del responsable de su expedición no esté reconocida ante el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales

"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón"



CENTRO SCT MÉXICO
SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
C.SCT.6.10.301.0122/2015

Toluca, México, a 13 de Marzo de 2015.

C. Felipe Osorio Osorio
C/cargo a la Unidad de Asuntos Jurídicos
Presente

2080000

De conformidad con lo dispuesto por el artículo 36 de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, así como al numeral octavo del Acuerdo por el que se establece la Norma del Padrón de sujetos obligados a presentar declaración de situación patrimonial en las instituciones del Gobierno Federal, hago de su conocimiento que a partir del 15 de marzo de 2015, será dado de baja en el multicitado Padrón, por lo que atendiendo a lo establecido en el artículo 37, Fracción II de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, usted cuenta con un plazo de sesenta días naturales a partir de la fecha antes citada, para realizar su declaración de conclusión, ante las autoridades competentes, en los medios ya establecidos para tal fin, en la plataforma electrónica www.declaranet.gob.mx.

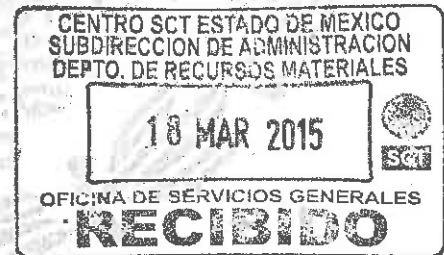
Finalmente, le solicito que una vez concluido el proceso, sea entregada a ésta a mi cargo una copia simple del acuse de la declaración de conclusión, para la debida integración de su expediente.

Sin otro particular, le envío un cordial saludo.

Atentamente
El Subdirector

Jesús Armando Itostado Martínez

0176



Recibido en el
13-Marzo-2015
Felipe Osorio Osorio

C.c.p. Dirección de Asuntos Laborales.- México, D.F.
Subdirector de Relaciones Laborales.- México, D.F.

Elaboró:
Maribel Rodríguez Gutiérrez

Revisó:
C. Rosa María Bertha Benítez Martínez

AVISO DE CAMBIO DE SITUACION DE PERSONAL GENERAL

C. DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS HUMANOS
Presente.

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

G-13-42

CODIGO DE OPERACION TIPOS DE DOCTO.	DIA	MES	AÑO	Nº DE DOCUMENTO
02	13	03	2015	01/635
Nº DE CONTROL INTERNO / DEPENDENCIA				
635-711				

NOMBRE	OSORIO OSORIO FELIPE			CURP:	[REDACTED]	FECHA DE INGRESO	16/04/2008	
NOMBRE DEL PUESTO	JEFE DE DEPARTAMENTO DE LO CONTENCIOSO - CFOA001			UNIDAD DE ASUNTOS JURIDICOS	ESTADO			
ESC. NIVEL	REGION	CLAVE DE PAGO	MUNICIPIO					ZONA
3	0A01	I	2015-09-635-3-5-06-00-002-M-001-11301-1-1-15-711	15	106	150	M-001	

BAJA	XXX			LICENCIA	REANUDACION DE LABORES A PARTIR DEL		
A PARTIR DEL	DIA	MES	AÑO	MOTIVO	DIAS	DEL	AL
15	03	2015	CON SUELDO				
MOTIVO: RENUNCIA				SIN SUELDO			

CAMBIO DE RADICACION							
RADICACION	LUGAR	UNIDAD PRESUPUESTAL	PROGRAMA SUBPROGRAMA	ESTADO	MUNICIPIO	ZONA DE PAGO	REGION (I,II,III)
ANTERIOR NUEVA							

OBSERVACIONES: EL C. RODRIGO VALDEZ RECENDIS PAGADOR HABILITADO DE ESTA DEPENDENCIA CERTIFICA QUE EL C. OSORIO OSORIO FELIPE, COBRÓ SUELDO HASTA EL DÍA 15 DE MARZO DE 2015.

PAGADOR HABILITADO
R. Valdez
C. RODRIGO VALDEZ RECENDIS

FIRMA DEL TRABAJADOR
[Signature]
C. OSORIO OSORIO FELIPE

DESCUENTO POR FALTAS		CONCEPTOS POR APLICAR		PERCEPCIONES ACTUALES	
DIAS A DESCONTAR POR FALTAS	DIAS A DESCONTAR POR RETARO (S)	FECHA FALTA (S)	FECHA RETARDO (S)	QUINCENA (S)	IMPORTE
				11301	\$6,855.50
				15402	\$10,190.75
				13101	\$100.00
				TOTAL	\$17,146.25

AUTORIZACION	
EL SUBDIRECTOR DE ADMINISTRACION	EL DIRECTOR DE LA DEPENDENCIA
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
C.P. JESUS ARMANDO TOSTADO MARTINEZ	LIC. EDUARDO RAFAEL LUQUE ALTAMIRANO

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

00001131

AVISO DE CAMBIO DE SITUACION DE PERSONAL FEDERAL

C. DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS HUMANOS Presente.

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

G-13-42

CODIGO DE OPERACION TIPOS DE	DIA	MES	AÑO	Nº DE DOCUMENTO
DOCTO. MVTO.	13	03	2015	01/635
02	01	Nº DE CONTROL INTERNO / DEPENDENCIA		
635-711				

NOMBRE OSORIO OSORIO FELIPE	FILIACION	ADSCRIPCION DEL EMPLEADO	FECHA DE INGRESO
NOMBRE DEL PUESTO JEFE DE DEPARTAMENTO DE LO CONTENCIOSO CFOA001	UNIDAD DE ASUNTOS JURIDICOS	UNIDAD DE ASUNTOS JURIDICOS	16/04/2008
ESC/NIVEL 3 OA01	REGION	ESTADO MUNICIPIO ZONA	CLAVE PROGRAMATICA
3 OA01	1	15 106 150	M-001
BAJA	LICENCIA	REANUDACION DE LABORES A PARTIR DEL	
A PARTIR DEL 15 03 2015	MOTIVO	DIA MES AÑO	
MOTIVO: RENUNCIA	CON SUELDO CON 1/2 SUELDO SIN SUELDO		

CAMBIO DE RADICACION	
RADICACION	ANTERIOR NUEVA
LUGAR	PROGRAMA SUBPROGRAMA
UNIDAD PRESUPUESTAL	ESTADO
MUNICIPIO	REGION (I,II,III)
ZONA DE PAGO	SUELDO
FIRMA DEL TRABAJADOR	
C. OSORIO OSORIO FELIPE	

OBSERVACIONES: EL C. RODRIGO VALDEZ RECENDIS PAGADOR HABILITADO DE ESTA DEPENDENCIA CERTIFICA QUE EL C. OSORIO OSORIO FELIPE, COBRÓ SUELDO HASTA EL DÍA 15 DE MARZO DE 2015.

PAGADOR HABILITADO

Rodriguez

C. RODRIGO VALDEZ RECENDIS

DESCUENTO POR FALTAS		CONCEPTOS POR APLICAR		PERCEPCIONES ACTUALES	
DÍAS A DESCONTAR POR FALTAS	DÍAS A DESCONTAR POR RETARDO (S)	FECHA FALTA (S)	FECHA RETARDO (S)	PARTIDA	IMPORTE
				11301	\$6,855.50
				15402	\$10,190.75
				13101	\$100.00
TOTAL					\$17,146.25

AUTORIZACION

EL SUBDIRECTOR DE ADMINISTRACION

[Firma]

C.P. JESÚS ARMANDO TOSTADO MARTÍNEZ

EL DIRECTOR DE LA DEPENDENCIA

[Firma]

EL DIRECTOR DE LA DEPENDENCIA

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

CENTRO S.C.I. ESTADO DE MEXICO

SUBDIRECCION DE ADMINISTRACION

DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

NOMBRE: LIC. EDUARDO RAFAEL LUQUE ALTAMIRANO

00001132

Recibi Original

[Firma]

Jouin
Exp.

Toluca, Estado de México, marzo 12 de 2015.

Lic. Eduardo Rafael Luque Altamirano
Director General del Centro SCT Estado de México
dependiente de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes
P r e s e n t e.

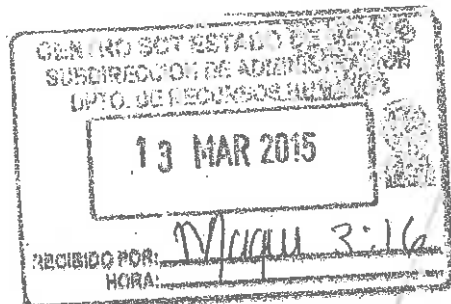
Por el presente escrito, deseo dar a conocer mi decisión voluntaria de renunciar al cargo de Jefe de Departamento de lo Contencioso que desempeñé en este Centro SCT Estado de México desde el 16 de abril de 2008. Dicha decisión responde a motivos estrictamente personales.

Deseo agradecer la confianza puesta en mí al haberme hecho participe del equipo de trabajo en esta tan apreciable Dependencia, donde he desarrollado mis habilidades y he podido adquirir experiencia.

A la vez deseo informar que mi último día de labores en este Centro SCT será el 15 de marzo del año en curso.

Nuevamente agradezco que durante todo el tiempo que me desempeñé dentro de Secretaría de Estado recibí un trato amable tanto de mis compañeros como de mis superiores.

Sin otro particular, reciba un afectuoso saludo.



Atentamente

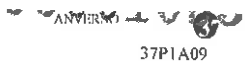
Felipe Osorio Osorio

0173

C.c.p.- Lic. Héctor Javier Arredondo López.- Jefe de la Unidad de Asuntos Jurídicos del Centro SCT Estado de México.- Conocimiento.
 C.c.p.- C.P. Jesús Armando Tostado Martínez.- Subdirector de Administración del Centro SCT Estado de México.- Conocimiento.
 C.c.p.- Rosa María Bertha Berriel Martínez.- Jefa del Departamento de Recursos Humanos del Centro SCT Estado de México.- Conocimiento.

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

7132516



37PIA09

PERIODO QUE AMPARA LA CONSTANCIA MES INICIAL 01 MES FINAL 12 EJERCICIO 2014 ES A CONS ANCIA DEBERÁ SER CONSERVADA POR EL TRABAJADOR

DATOS DEL TRABAJADOR O ASIMILADO A SALARIOS

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN

OSORIO

OSORIO

FELIPE

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

Table with columns for geographical area (B), annual calculation (S), tariff used, exercise declared (X), and application (15). Includes fields for proportion of subsidy (0.00) and other data.

OTROS DATOS INFORMATIVOS

Table showing voluntary contributions (1669) and tax on rental income (0).

IMPUESTO SOBRE LA RENTA

Table detailing tax on rental income with categories A through P and corresponding amounts.

PAGOS POR SEPARACIÓN

Table detailing separation payments with categories Q through Z and corresponding amounts.

(*) Es obligatorio rellenar estos campos.

(1) Anclada 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 de 2001. (3) Deberá utilizarse 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. (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 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 del(los) otro(s) patrón(es). (7) Aplicable a partir del ejercicio 2005. (8) Se refiere al Subsidio para el Empleo que corresponda, determinado conforme a la tabla contenida en las disposiciones fiscales. (9) Tratándose de pagos en parcialidades, número de días del periodo. En 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 de que se trata.

SE EXPIDE POR DUPLICADO

Original - Trabajador o Asimilado a Salarios Duplicado - Retenedor

PAGOS POR SEPARACIÓN (Continuación)

ii. MONTO TOTAL PAGADO	0	e. INGRESOS ACUMULABLES (Último sueldo mensual ordinario) (3)	0
iii. NÚMERO DE AÑOS DE SERVICIO DEL TRABAJADOR	0	f. IMPUESTO CORRESPONDIENTE AL ÚLTIMO SUELDO MENSUAL ORDINARIO	0
iv. INGRESOS EXENTOS	0	g. INGRESOS NO ACUMULABLES	0
v. 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)	m. INGRESO ACUMULABLE (k - l siempre que k sea mayor)
l. PRECIO ESTABLECIDO AL OTÓRGARSE LA OPCIÓN DE INGRESOS EN ACCIONES O TITULOS VALOR	n. IMPUESTO RETENIDO

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

	GRAVADO	EXENTO
o. SUELDOS, SALARIOS, RAYAS Y JORNALES	205755	0
p. GRATIFICACIÓN ANUAL	20815	1913
q. VIÁTICOS Y GASTOS DE VIAJE	0	52499
r. TIEMPO EXTRAORDINARIO	0	0
s. PRIMA VACACIONAL	1329	957
t. PRIMA DOMINICAL	0	0
u. PARTICIPACIÓN 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	6196	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

(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 1º de enero de 2002, se anotará el valor del mercado que tenían dichas acciones o títulos valor al 31 de diciembre de 2004.

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	4380

6 IMPUESTO SOBRE LA RENTA POR SUELDOS Y SALARIOS

Q1. SUMA DEL INGRESO GRAVADO POR SUELDOS Y SALARIOS (Suma de los campos o de la pagina 2 al P1 de la columna "gravado" de la pagina 3)	234095	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 de la pagina 2 al P1 de la columna "exento" de la pagina 3)	59749	Y1. SUMA DE LAS CANTIDADES QUE POR CONCEPTO DE CREDITO AL SALARIO LE CORRESPONDIÓ AL TRABAJADOR (5)	0
S1. SUMA DE INGRESOS POR SUELDOS Y SALARIOS (Q1 + R1)	293844	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	4380
U1. IMPUESTO RETENIDO DURANTE EL EJERCICIO	36693	b1. SUMA DE INGRESOS EXENTOS POR CONCEPTO DE PRESTACIONES DE PREVISION SOCIAL.	4380
V1. IMPUESTO RETENIDO POR OTRO(S) PATRON(ES) DURANTE EL EJERCICIO (2)	0	c1. MONTO DEL SUBSIDIO PARA EL EMPLEADO ENTREGADO EN EFECTIVO AL TRABAJADOR DURANTE EL EJERCICIO QUE DECLARA (7)	0
W1. SALDO A FAVOR DETERMINADO EN EL EJERCICIO QUE DECLARA QUE EL PATRON COMPENSARA DURANTE EL SIGUIENTE EJERCICIO O SOLICITARA SU DEVOLUCIÓN	0		

DATOS DEL RETENEDOR

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES SCT051121NE5

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION *

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

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION



APELLIDO PATERNO, MATERNO, NOMBRE(S)

MASETTO MORALES LUIS AUGUSTO



SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES
DIRECCION GENERAL DE REGISTRO HUANUC
DIRECCION DE SUBSCRIPCIONES
AV. UNIVERSIDAD Y NOROCCIDENTAL
GUAYMA 10120 PISO
CENTRO NACIONAL S. C. S.
CALLEJA NAVARRETE S. P. 03020

FIRMA DEL RETENEDOR REPRESENTANTE LEGAL

SELLO DEL RETENEDOR (RECAUSO DE TRIBUTACION)

Handwritten signature and date: 25-FEB-2015

FIRMA DE RECIBIDO POR EL CONTRIBUYENTE

0171

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 06/02/2015 y a la que le correspondió el número de folio de operación 56414964, así mismo, SI(X) o NO() se realizó el cálculo anual en los términos que establece la ley de LISR.

* Sólo personas físicas.

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

(4) Aplicable a partir de 2005.

(5) Se deberá restar 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.

(7) Se refiere a la(s) diferencia(s) por subsidio para el empleo mensual entregada(s) en efectivo al trabajador.



LINEA AZUL
Protección Integral

Contratante:	SECRETARÍA DE COMUNICACIÓN Y TRANSPORTES	Domicilio:	AV. UNIVERSIDAD, ESQ. XOLA S/N NARVARTE
Secretaría:			03020
Títular:	OSORIO OSORIO FELIPE	R.F.C.:	SCT051121NE5

Vigencia			Fecha de Expedición			Fecha de Ingreso a la Cobertura Asegurada		
Hasta las 0:00 hrs	Hasta las 24:00 hrs							
Día, Mes, Año	Día, Mes, Año		11/11/2014			05/04/2008		

No. Póliza Básica	No. Póliza Potenciada	Certificado	Nombre Completo	Parent	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo	Fecha de Año	Antigüedad GNP	Antigüedad Otras Cías.	Prima total

Observaciones:

Descripción	Coberturas principales		
	Suma asegurada (SMGM)	Deducible (SMGM)	Coseguro %
GASTOS MÉDICOS MAYORES (PREMIER) (PRESTACIÓN)			
CLÁUSULA AMPLIACIÓN DE BENEFICIOS (CAB)			
CLÁUSULA DE CONVERSIÓN A INDIVIDUAL (CCI)			

Coberturas voluntarias

Observaciones

Deducible es de acuerdo al hospital con base en las Condiciones Generales.

Los términos y condiciones del seguro se encuentran establecidos en las Condiciones Generales.

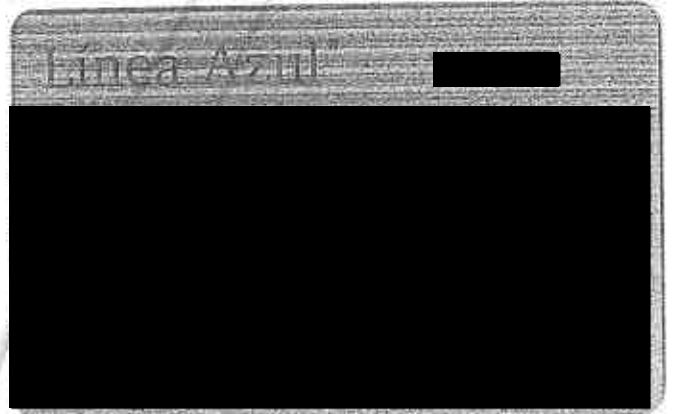
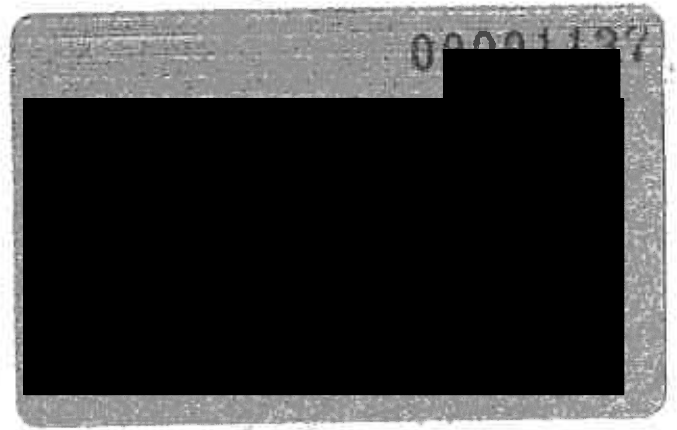
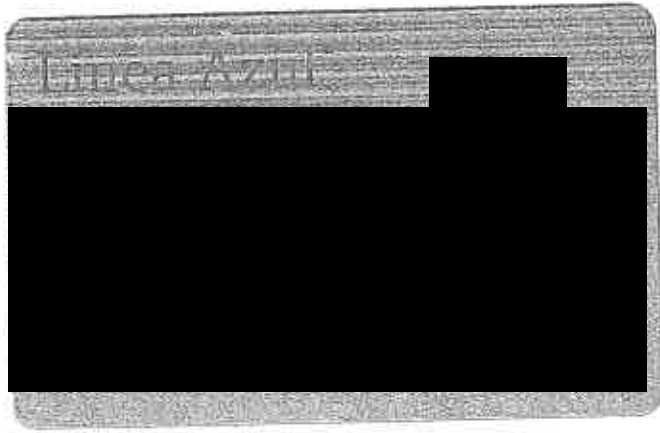
Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (denominada en adelante la Compañía) cubre a los Asegurados amba citados y los protege de acuerdo con las condiciones y endosos de este contrato en caso de accidente o enfermedad, conforme a las coberturas enumeradas y por las sumas aseguradas respectivas, siempre que el accidente o enfermedad se manifieste durante la vigencia de la póliza y no esté excluida conforme a las estipulaciones del contrato.

	Prescripción básica	Potenciación	Ascendientes				
Prima Neta							
I.V.A.							
Tótal a Pagar							
Forma de pago							

Observaciones:

LA DOCUMENTACION CONTRACTUAL Y LA NOTA TECNICA QUE INTEGRAN ESTE PRODUCTO ESTAN REGISTRADOS ANTE LA COMISION NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO POR LOS ARTICULOS, 36, 36-A, 36-B Y 36-D DE LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS, BAJO EL REGISTRO NUMERO CNSF-S0043-0552-2014 DE FECHA 01-OCT-14.

Recibí póliza original
20 de Noviembre de 2014
Felipe Osorio O.



Recibi credenciales
Felipe Osorio Osorio

26-Nov-2014

A handwritten signature in dark ink, appearing to be "Felipe Osorio Osorio".

CREDENCIAL
EXPEDICIÓN: 27/10/2014

NO ES VALIDA PARA INSPECCIONES

SCT
SECRETARÍA DE
COMUNICACIONES
Y TRANSPORTES



SCT
SECRETARÍA DE
COMUNICACIONES
Y TRANSPORTES



00001138

NOMBRE:
FELIPE OSORIO OSORIO

[Handwritten signature]
00001138

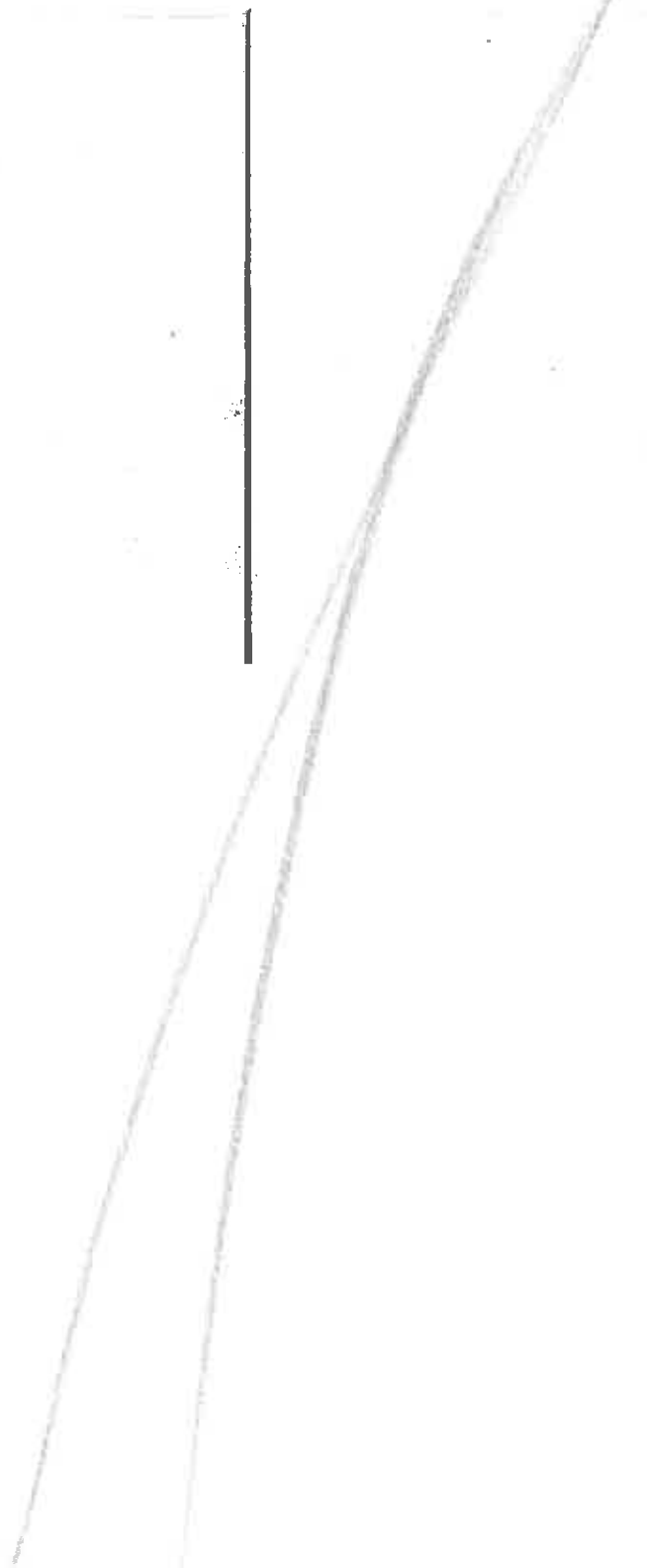
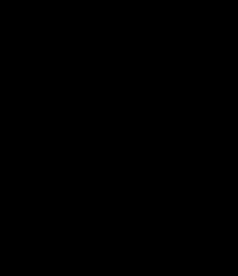
DESCRIPCIÓN:
CENTRO S.C.T. MÉXICO

SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES
DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS

CURP: [REDACTED]
NO. DE EMPLEADO: [REDACTED]

CÓDIGO Y DESCRIPCIÓN DE PUESTO:
CFOA001/JEFE DE DEPARTAMENTO

SCT 2013 DGRH	SCT 2014 DGRH	2015	2016	2017	2018



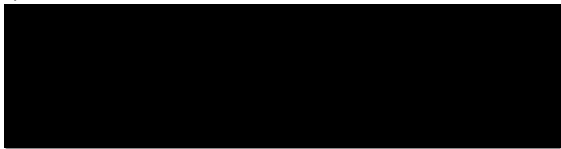
0168

00001139

MetLife®

635

OSORIO OSORIO FELIPE



Recibi sobre
21-Agosto-2014
Lic. Felipe Osorio

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Felipe Osorio'.

0167

Cuidamos lo que amas de la vida.

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



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
 SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PREVISIONES ECONÓMICAS, SOCIALES Y CULTURALES
 SUBDIRECCIÓN DE AFILIACIÓN Y VIGENCIA

DE CONFORMIDAD CON LOS ARTÍCULOS 6° DE LA LEY DEL ISSSTE Y 14° DEL REGLAMENTO DE AFILIACIÓN, VIGENCIA DE DERECHOS Y OBRANZA, SE PRESENTA EL SIGUIENTE
AVISO DE MODIFICACIÓN DEL SUELDO DEL TRABAJADOR

00001140

[Handwritten signature]
 28 AGOSTO-2014

DATOS DEL TRABAJADOR		CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (C.U.R.P.)
R.F.C.	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	ENTIDAD DE NACIMIENTO
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)
OSORIO	OSORIO	FELIPE
DATOS DEL EMPLEO		CLAVE DE LA CLÍNICA

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD	RAMO	PAGADURÍA	TELÉFONO
SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES	00009	63500	722 236 06 20

CLAVE DE COBRO	09076350711		
FECHA DE MODIFICACIÓN DEL SUELDO	NOMBRAMIENTO		
DÍA 16	MES 04	AÑO 2013	20
SUELDO BÁSICO DE COTIZACIÓN AL I.S.S.S.T.E.			
\$6,955.50			
SUELDO BÁSICO DE APORTACIÓN AL S.A.R.			
\$6,855.50			
REMUNERACIÓN TOTAL	NIVEL SALARIAL		
\$7,032.50	OA01		

SELLO

[Handwritten signature]

C. ROSA MARIA BERTHA BERRIEL MARTINEZ

NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO FACULTADO

ISSSTE
 DELEGACIÓN DEL D.F. DE MXL
 SUBDELEGACIÓN DE PREVISIONES

AGO, 19 2014

SUBJEFATURA DE DEPTO.
 DE AFILIACIÓN Y VIGENCIA

CLÍNICA

1a. COPIA : DEPENDENCIA O ENTIDAD

LEER INSTRUCCIONES AL REVERSO

0166

INSTRUCTIVO DE LLENADO

DATOS DEL TRABAJADOR

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION (C.U.R.P.)
 ANOTAR LA CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION DEL TRABAJADOR ASIGNADA POR LA SECRETARIA DE GOBERNACION.
 CONSTA DE 18 CARACTERES, INCLUIDO EL DIGITO VERIFICADOR.
 R.F.C.
 ANOTAR EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES DEL TRABAJADOR ASIGNADO POR LA SECRETARIA DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO.
 NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL
 EL NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL CONSTA DE 11 CARACTERES, INCLUIDO EL DIGITO VERIFICADOR.
 ANOTAR EL NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL REGISTRADO EN EL I.S.S.S.T.E.
 ENTIDAD DE NACIMIENTO
 ANOTAR EL NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA EN QUE NACIO.
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)
 ANOTAR LOS APELLIDOS PATERNO Y MATERNO Y EL (LOS) NOMBRES (S) COMPLETO (S).
 CLAVE DE LA CLINICA
 PARA USO EXCLUSIVO DEL I.S.S.S.T.E.

DATOS DEL EMPLEO

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD
 ANOTAR LA DENOMINACION DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD.
 RAMO
 ANOTAR EL NUMERO DE RAMO REGISTRADO ANTE EL I.S.S.S.T.E.
 PAGADURIA
 ANOTAR EL NUMERO DE PAGADURIA REGISTRADO ANTE EL I.S.S.S.T.E.
 TELEFONO
 ANOTAR EL NUMERO TELEFONICO DEL FUNCIONARIO FACULTADO PARA AUTORIZAR MOVIMIENTOS AFILIATORIOS ANTE EL I.S.S.S.T.E.
 CLAVE DE COBRO
 DATO ALFANUMERICO QUE UTILIZA LA DEPENDENCIA O ENTIDAD PARA RELACIONAR LAS CLAVES: PRESUPUESTAL, DE PUESTO O CATEGORIA, DE DISTRIBUCION DE PAGO, DE NIVEL, DE SUBNIVEL, ETC., DEL TRABAJADOR.

FECHA DE MODIFICACION EJECUCION
 ANOTAR DIA, MES Y AÑO DE MODIFICACION DEL SUELDO BASICO DE COTIZACION, UTILIZANDO EL FORMATO NUMERICO: DD-MM-AAAA.
 NOMBRAMIENTO
 ANOTAR EL NUMERO QUE CORRESPONDA AL TIPO DE NOMBRAMIENTO DEL TRABAJADOR CONFORME A LO SIGUIENTE:
 10 BASE
 20 CONFIANZA
 30 EVENTUAL
 40 BASE / LISTA DE RAYA
 50 LISTA DE RAYA
 60 OTROS
 70 COMUNICACION VOLUNTARIA
 80 PENSIONISTA
 90 APORTACION VOLUNTARIA (S.A.R.)

NIVEL BASICO DE COTIZACION AL I.S.S.S.T.E.
 ANOTAR EN PESOS Y CENTAVOS EL SUELDO BASICO DE COTIZACION MENSUAL AL I.S.S.S.T.E.
 NIVEL BASICO DE APORTACION AL S.A.R.
 ANOTAR EN PESOS Y CENTAVOS EL SUELDO BASICO DE APORTACION MENSUAL AL SISTEMA DE AHORRO PARA EL RETIRO.
 REMUNERACION TOTAL
 ANOTAR EN PESOS Y CENTAVOS EL INGRESO MENSUAL DEL TRABAJADOR CONSIDERANDO TODAS LAS PRESTACIONES ECONOMICAS DE CARACTER PERMANENTE.
 NIVEL SALARIAL
 ANOTAR EL NIVEL SALARIAL DE ACUERDO CON EL TABULADOR DE SUELDOS AUTORIZADO A LA DEPENDENCIA O ENTIDAD EN QUE LABORA EL TRABAJADOR.
 FIRMA DEL TRABAJADOR
 FIRMA DEL REPRESENTANTE Y NOMBRE
 ANOTAR EL NOMBRE Y LA FIRMA AUTOGRAFA DEL FUNCIONARIO FACULTADO POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD PARA AUTORIZAR MOVIMIENTOS AFILIATORIOS ANTE EL I.S.S.S.T.E.

NOTA IMPORTANTE

UTILIZAR MAQUINA DE ESCRIBIR
 ANOTAR EN CADA ESPACIO EXCLUSIVAMENTE EL DATO QUE SE SOLICITA
 NO DE AGREGAR ABRIVOS QUE PRESENTEN ABRUVIDAS, TACHADURAS O ENMIGDURAS.

IMPORTANTE

EL ARTICULO 6° DE LA LEY DEL I.S.S.S.T.E. ESTABLECE LA OBLIGACION DE COMUNICAR A ESTE INSTITUTO LA MODIFICACION DEL SUELDO DEL TRABAJADOR DENTRO DE LOS 30 DIAS SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE OCURRIÓ.

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

Recibi
10-Julio-2014
[Handwritten signature]

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

REFERENCIA BANCARIA: [REDACTED]
BBVA BANCOMER: [REDACTED] BANAMEX: [REDACTED]

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR Y CONTRATANTE			
OSORIO OSORIO FELIPE 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:	\$ [REDACTED]

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

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

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!
ESTE CERTIFICADO CANCELA Y SUSTITUYE AL ANTERIOR.
"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".

0165
[Handwritten signature]
METLIFE MÉXICO, S.A.

México, D. F., a 01 de JULIO de 2014
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 GNSF-50034-0178-2011 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, se añando sus características.

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

NO. DE POLIZA: [REDACTED]

REFERENCIA BANCARIA [REDACTED]

NO. DE CERTIFICADO [REDACTED]

BBVA BANCOMER: [REDACTED]

NO. DE FOLIO: [REDACTED]

BANAMEX [REDACTED]

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR Y CONTRATANTE			PRIMA NETA:	
OSORIO OSORIO FELIPE			\$	0.00
SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES			RECARGO PAGO FRAC:	% 0.00
			GASTOS EXP. DE POLIZA:	\$ 0.00
VIGENCIA		FORMA DE PAGO	SUMA:	\$ 0.00
DE LAS 00 Hrs. DIA MES AÑO	A LAS 24 Hrs. DIA MES AÑO	MENSUAL	IVA:	\$ 0.00
01/04/2014	15/06/2014		PRIMA ASEGURADO :	\$ 0.00
			PRIMA CONTRATANTE:	\$ [REDACTED]

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

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

"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 24 de MARZO de 2014

[Signature] 0163
 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-S0034-0178-2011 de fecha 28 DE MARZO DE 2011

Recibi. Certificado [Signature]

39



SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

MÉXICO, D.F. A 29 DE MAYO DE 2014

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

DECLARACIÓN DE MODIFICACIÓN PATRIMONIAL .2014

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA
NO. DE COMPROBACIÓN:

[REDACTED]

R.F.C:

[REDACTED]

NO. DE CERTIFICADO:

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 [REDACTED] CON CARACTERES DE AUTENTICIDAD [REDACTED] EL CUAL INCORPORA FIRMA ELECTRÓNICA, EN SUSTITUCIÓN DE LA AUTÓGRAFA Y CON EL MISMO VALOR PROBATORIO.

CARACTERES DE AUTENTICIDAD DEL ACUSE

[REDACTED]

NUM. 7872953

0162

00001144

SCT

SECRETARÍA DE
COMUNICACIONES
Y TRANSPORTES

SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL

CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO,
ELECCIÓN DE POTENCIACIÓN (INCREMENTO
DE SUMA ASEGURADA) Y AUTORIZACIÓN DE
DESCUENTO EN NÓMINA

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES CON

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN

ANTES DE ELEGIR CUALQUIER OPCIÓN LEA CUIDADOSAMENTE TODO EL DOCUMENTO

CONSIDERACIONES

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 ABRIL DE 2014, EN CASO DE HABER ELEGIDO CONTINUIDAD EN LA POTENCIACIÓN; O BIEN, EN LA FECHA SEÑALADA EN LA PARTE INFERIOR DE ESTE FORMATO, EN CASO DE HABER REALIZADO LA ELECCIÓN POSTERIORMENTE AL INICIO DE VIGENCIA (1 DE ABRIL DE 2014).

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

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

Autorizo a la Secretaria 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

Nombre del Asegurado:

OSORIO

OSORIO

FELIPE

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre (s)

opción elegida.
(Sólo una opción)

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

SUPUESTO 2 PARA LOS SERVIDORES PÚBLICOS QUE NO DESEAN POTENCIAR (INCREMENTAR LA SUMA ASEGURADA); POR LO TANTO, EN ESTE CASO NO SE APLICARÁ NINGÚN 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:



0161

Lugar y fecha

TOLUCA, ESTADO DE MEXICO

a 24 de ABRIL

de 2014

 <p>SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES</p>		DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL QUE LA SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES OTORGA COMO PRESTACIÓN A LOS SERVIDORES PÚBLICOS	NÚMERO DE EXPEDIENTE
		REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES CON HOMOCLAVE	
		CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN	

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

CONTRATANTE:
SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

NOMBRE DEL ASEGURADO			SUMA ASEGURADA EN MESES
OSORIO	OSORIO	FELIPE	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.

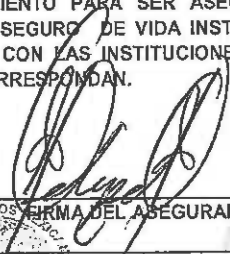

***BENEFICIARIO (S)** Esta designación de beneficiarios podrá modificarse en cualquier momento, para lo cual bastara llenar un nuevo formato, salvo que desee que esta sea irrevocable, en cuyo caso, el titular deberá escribir con su puño y letra en el cuerpo del formato la siguiente leyenda: **"Es mi deseo que esta designación de beneficiarios sea irrevocable y estoy consciente que no podré realizar una nueva designación."** Y firmar junto a la leyenda.

Leyenda solo en caso de que desee que la presente designacion de beneficiarios sea irrevocable.

FECHA DE INGRESO A LA COLECTIVIDAD		
DÍA	MES	AÑO
16	ABRIL	2008

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS				
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	PORCENTAJE	PARENTESCO

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

EXPRESAMENTE OTORGO A LA SECRETARIA 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 DEL ASEGURADO	HUELLA DEL PULGAR DERECHO

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

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES CENTRO SCCTES SUBDIRECCION DE ADMINISTRACION DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 1	NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 2
---	--------------------------	--------------------------

Lugar y fecha en que se firma este consentimiento: **TOLUCA, ESTADO DE MEXICO** a **24** de **ABRIL** de **2014**

ESTA 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.

0160

00001147

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

NO. DE POLIZA:

NO. DE CERTIFICADO:

NO. DE FOLIO:

REFERENCIA BANCARIA:

BBVA BANCOMER

BANAMEX

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR Y CONTRATANTE			
OSORIO OSORIO FELIPE		PRIMA NETA: \$ 0.00	
SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES		RECARGO PAGO FRAC: % 0.00	
VIGENCIA		FORMA DE PAGO	
DE LAS 00 Hrs. DIA MES AÑO	A LAS 24 Hrs. DIA MES AÑO	MENSUAL	GASTOS EXP. DE POLIZA: \$ 0.00
01/01/2014	31/03/2014		SUMA: \$ 0.00
			IVA: \$ 0.00
			PRIMA ASEGURADO : \$ 0.00
			PRIMA CONTRATANTE: \$

RELACION DE ASEGURADOS										
Número de	Nombre Completo	Fecha de Alta	Estatus	Sexo	E	F. Nacimiento	F. Ingreso a la	F. Antigüedad	Parentesco	Prima Tarifa
[REDACTED]										

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

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".</p> <p>"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".</p> <p>"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>México, D. F., a 07 de ENERO de 2014</p>

0159

METHUEN MÉXICO, S.A.

Recibido Copia
 Felipe Osorio O.
 21-Mar-20-2014

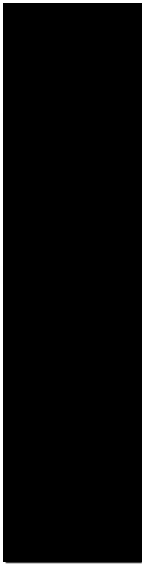
La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-50034-0178-2011 de fecha 28 DE MARZO DE 2011

Methuen 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-Methuen (838-5433)

MetLife®

635

OSORIO OSORIO FELIPE



00002699 - 115

Cuidamos lo que amas de la vida.

BV-2-001

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

VER.1

00001148

Recibi sobre

20 AGOSTO - 2012

FELIPE OSORIO OSORIO

0158

Recibi Original y Credenciales
 1º - Febrero - 2012
 Lic. Felipe Osorio O.

00001149

**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			
OSORIO OSORIO FELIPE		PRIMA NETA: \$ 0.00	
SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES		RECARGO PAGO FRAC: % 0.00	
VIGENCIA		FORMA DE PAGO	
DE LAS 00 Hrs. DIA MES AÑO	A LAS 24 Hrs. DIA MES AÑO	MENSUAL	GASTOS EXP. DE POLIZA: \$ 0.00
01/01/2013	31/12/2013		SUMA: \$ 0.00
			IVA: \$ 0.00
			PRIMA ASEGURADO : \$ 0.00
			PRIMA CONTRATANTE: \$ [REDACTED]

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

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

"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

0157

[Signature]

METLIFE MÉXICO, S.A.

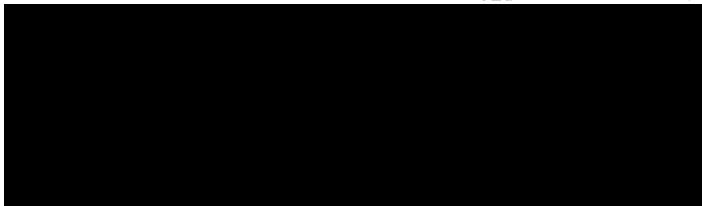
La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro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

00001150

MetLife



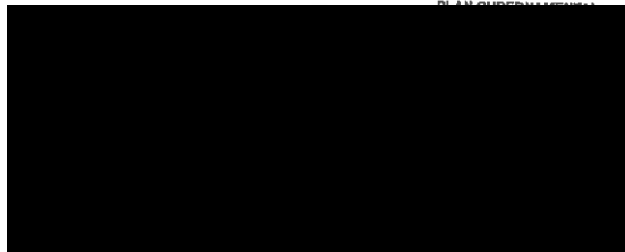
MédicaLife
PLAN GUBERNAMENTAL



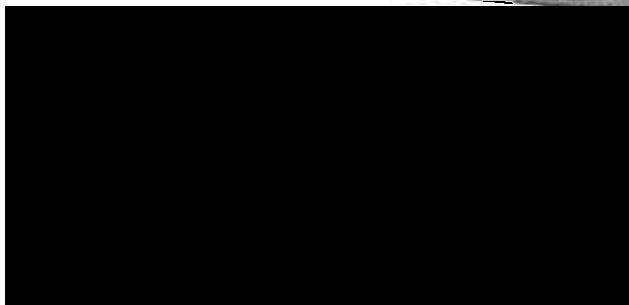
MetLife



MédicaLife
PLAN GUBERNAMENTAL



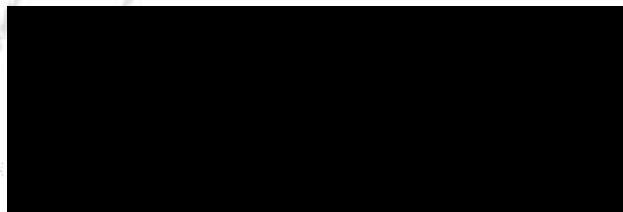
MetLife



MetLife



MédicaLife
PLAN GUBERNAMENTAL



0156

SCT
SECRETARÍA DE
COMUNICACIONES
Y TRANSPORTES



Centro SCT México
Subdirección de Administración
Departamento de Recursos Humanos
Oficio No. C.SCT.6.10.411.0688/2013

Toluca, Mex., 21 de noviembre de 2013

CENTRO SCT
ESTADO DE MÉXICO
DIRECCIÓN GENERAL

21 NOV 2013

RECIBIDO POR: *Sugers*
HORA: 15:29 No. DE PAG: *1*

LIC. HÉCTOR JAVIER ARREDONDO LÓPEZ
JEFE DE LA UNIDAD DE
ASUNTOS JURÍDICOS
PRESENTE

En atención a su oficio No. C.SCT.6.10.305-3449/2013 de fecha 21 de noviembre del año en curso, en el cual hace mención que se recibió oficio-No. 09/200/7149/2013 fechado el 05 de noviembre de 2013, por medio del cual la Lic. Blanca Estela Mejía Espíndola, Titular del Área de Quejas en el Órgano Interno de Control, solicita entre otras cosas, se remita a esa Área de Quejas, copia certificada de las listas y/o controles de asistencia del personal adscrito a la Unidad de Asuntos Jurídicos de este Centro SCT México, de enero de 2009 a diciembre de 2012.

Al respecto, envío a usted copias certificadas de las listas de asistencia del personal adscrito a esa Unidad de Asuntos Jurídicos; asimismo, le informo que el C. Lic. Adrián Pedroza Reyes, en su momento, Jefe de la Unidad de Asuntos Jurídicos, no registraba asistencia y el Lic. Felipe Osorio Osorio, Jefe del Departamento de lo Contencioso, de igual forma no registra asistencia.

Cabe mencionar, que la C. Ma. de Lourdes Iturbe Sánchez, está comisionada en el Sindicato Nacional de Trabajadores de la SCT y la C. Sandra Solache González, está comisionada en dicha Unidad, porque se encuentra adscrita a la Residencia General de Conservación de Carreteras.

Sin otro particular, le envío un cordial saludo.

ATENTAMENTE
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE
RECURSOS HUMANOS

CENTRO SCT
ESTADO DE MÉXICO

RECIBIDO POR: *[Firma]*
HORA: 15:30

SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y
TRANSPORTES CENTRO S.C.T.
ESTADO DE MÉXICO

Con Anexos
21 NOV 2013
15:27 H
RECIBIDO *Jordana*
UNIDAD DE ASUNTOS JURÍDICOS

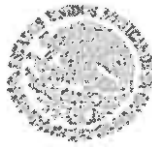
C. ROSA MARÍA BERTHA BERRIEL MARTÍNEZ

C.c.p. Lic. Eduardo Rafael Luque Altamirano.-Director General del Centro SCT.-presente
C.c.p. C.P. Jesús Armando Tostado Martínez.-Subdirector de Administración.-presente.

RMBBM'live.

00001152

"2013, Año de la Lealtad Institucional y Centenario del Ejército Mexicano"



CENTRO SCT ESTADO DE MEXICO
SUBDIRECCION DE ADMINISTRACION
DPTO. DE RECURSOS HUMANOS
21 NOV 2013
RECIBIDO POR: *Magu*
HORA:

**CENTRO SCT ESTADO DE MÉXICO
UNIDAD DE ASUNTOS JURÍDICOS
C.SCT.6.10.305.-3449/2013**

EXPEDIENTE No. 2012/SCT/DE345.

ASUNTO: SE SOLICITA DOCUMENTACIÓN URGENTE.

Toluca, Méx., a 21 de Noviembre de 2013.

LIC. ROSA MARÍA BERTHA BERRIEL MARTÍNEZ
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS
DE ESTE CENTRO SCT ESTADO DE MÉXICO.
EDIFICIO.

Por este conducto le hago de su conocimiento el día 19 de Noviembre del presente año, se recibió oficio No. 09/200/7149/2013, de fecha 05 de noviembre de 2013, por medio del cual la Lic. Blanca Estela Mejía Espíndola, Titular del Área de Quejas en el Órgano Interno de Control, hace referencia a la investigación realizada dentro del expediente de denuncia citado al rubro, y solicita entre otras cosas, se remita a esa Área de Quejas, copia certificada de las listas y/o controles de asistencia del personal adscrito a la Unidad de Asuntos Jurídicos de este Centro SCT, Estado de México, de enero de 2009 a diciembre de 2012.

En mérito de lo anterior, solicito a usted para que con el carácter de muy urgente y a más tardar el día 22 de Noviembre del presente año, **remita al suscrito copia debidamente certificada** de la documentación que se solicita, y que se hace consistir en **las listas y/o controles de asistencia del personal adscrito a la Unidad de Asuntos Jurídicos de este Centro SCT, Estado de México, desde enero de 2009 a diciembre de 2012.**

Para mayor referencia y su debido conocimiento, adjunto al presente copia fotostática del oficio No. 09/200/7149/2013, de fecha 05 de noviembre de 2013.

Sin más por el momento, reciba usted un cordial saludo.

ATENTAMENTE
EL JEFE DE LA UNIDAD DE ASUNTOS JURÍDICOS
DEL CENTRO SCT ESTADO DE MÉXICO

LIC. HÉCTOR JAVIER ARREDONDO LÓPEZ.

Calle Igualdad No. 100 Tercer Piso, Santiago Tlaxomulco, C.P. 50280, Toluca, México.
Teléfono: (722) 2360654. C.E. harredon@sct.gob.mx

0154



SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

MÉXICO, D.F. A 31 DE MAYO DE 2013

C. FELIPE OSORIO OSORIO
SECRETARÍA 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.

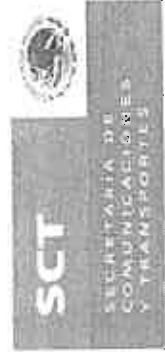
LA DECLARACIÓN HA SIDO PRESENTADA EN SOBRE QUE CONTIENE EL ARCHIVO [REDACTED] CON CARACTERES DE AUTENTICIDAD [REDACTED] EL CUAL INCORPORA FIRMA ELECTRÓNICA, EN SUSTITUCIÓN DE LA AUTÓGRAFA Y CON EL MISMO VALOR PROBATORIO.

CARACTERES DE AUTENTICIDAD DEL ACUSE [REDACTED]

NUM. 70999178

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA
NO. DE COMPROBACIÓN: [REDACTED]

R.F.C.: [REDACTED]
NO. DE CERTIFICADO: [REDACTED]



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

HOJA No 1 DE 1

HOJA UNICA DE SERVICIOS PARA EL ISSSTE

1.- DATOS COMPLETOS DEL TRABAJADOR

Nombre Completo: OSORIO OSORIO FELIPE
 Apellido Paterno: OSORIO
 Apellido Materno: OSORIO
 Domicilio Completo: [Redacted]
 Calle, Av. Calz. Etc.: [Redacted]
 Núm. Ext. E Int.: [Redacted]
 Colonia, Barrio o Secc.: [Redacted]
 C.P.: [Redacted]
 Ciudad: [Redacted]
 Estado: [Redacted]
 R.F.C.: [Redacted] HOMONIMIA
 CURP: [Redacted]


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

Fecha de Ingreso: 16/04/2008
 Con Letra (día, mes y año): Dieciseis de Abril del Dos Mil Ocho
 Continúa Laborando: Continúa Laborando
 Con Número: [Redacted]
 Con Letra (día, mes y año): [Redacted]

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

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

4.- OBSERVACIONES


 REVISO
 Jefa del Depto. de Recursos Humanos
 SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES
 CENTRO S C T ESTADO DE MEXICO
 SUBDIRECCION DE ADMINISTRACION
 DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS
 C. ROSA MARIA DEL CARMEN MARTINEZ

AUTORIZO
 Encargado del Despacho de
 LA SUBDIRECCION DE ADMINISTRACION
 C. P. ALVARO GUERRERO URBINA MONCAYO

00001154

0152

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													
16	03	24	03	31	08	08	JEFATURA DE DEPTO. FORMACIÓN	99900	\$	6,855.50			\$	6,855.50
01	09	08	A LA FECHA					63500	\$	6,855.50			\$	6,855.50

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



VERIFICO
Jefa del Depto. de Recursos Humanos
 Jefa del Depto. de Recursos Humanos
 Encargado del Despacho de
 Encargado del Despacho de
C. ROSA MARÍA RIVERA CABRILLO MARTÍNEZ
 C. ROSA MARÍA RIVERA CABRILLO MARTÍNEZ

[Redacted Signature]

FELIPE OSORIO OSORIO

TOLUCA, MEX. A 19 DE JULIO

del 2012

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 asportará este documento cuando no tenga sello oficial, presidente/gestor/ases. emanadas u o la firma del responsable de su expedición no esté reconocida ante el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales



INSCRIPCIÓN EN EL R.F.C.

RFC

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

NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL

OSORIO OSORIO FELIPE

DOMICILIO

[REDACTED]

CLAVE DEL R.F.C.

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION

[REDACTED]

ADMINISTRACIÓN LOCAL DE RECAUDACIÓN

TOLUCA

ACTIVIDAD

[REDACTED]

SITUACIÓN DE REGISTRO

ACTIVO

FECHA DE INSCRIPCIÓN

[REDACTED]

FECHA DE INICIO DE OPERACIONES

[REDACTED]

MEX-17/11/2003-E
IntRecujN7W

OBLIGACIONES

[REDACTED]

TRÁMITES EFECTUADOS

FECHA DE PRESENTACIÓN

FOLIO DEL TRÁMITE

INSCRIPCIÓN PERSONA FÍSICA

2003/11/17

[REDACTED]

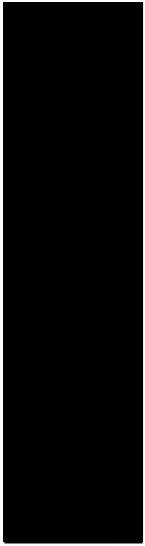
ADMINISTRADOR LOCAL DE RECAUDACION
TOLUCA

C.P. ABRAHAM ARCINIEGA CAMARENA

635

MetLife[®]

OSORIO OSORIO FELIPE



00000643 - 8094

Cuidamos lo que amas de la vida.

BV-2-001

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

VER. 1

00001156

[Handwritten Signature]
3-Jul-2013

0150



Toluca, Méx., a 03 de abril de 2014

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

De acuerdo con el Oficio No. 09/100/184/2014 de fecha 25 de marzo del año en curso, firmado por la Mtra. Nidia Chávez Rocha, mediante el cual solicita se instrumente el "Programa para la presentación de modificación de situación patrimonial 2014"; al respecto, me permito solicitar a usted lo siguiente:

Se le exhorta como servidor público obligado a presentar su declaración patrimonial en su modalidad de modificación, a cumplir cabalmente con esta obligación legal, durante el mes de mayo próximo, y así evitar sanciones administrativas en caso de incumplimiento.

Se le informa como servidor público obligado a presentar su declaración de modificación de situación patrimonial, que si bien la Firma Electrónica Avanzada (FIEL) puede ser usada para la firma y envío de la misma, en caso de que ésta se encuentre vencida o no cuente con ella, podrá firmar su declaración con el usuario y contraseña que utilizó para ingresar al sistema declaraNet^{plus}, únicamente aceptando las condiciones de uso que aparecen en el sistema, en cuyo caso se deberá enviar al Órgano Interno de Control el original de la carta de aceptación requisitada junto con la copia del acuse de recibo, lo cual puede hacer a través del Departamento de Recursos Humanos o por mensajería, y cumplir con el Acuerdo por el que se modifica el diverso que determina como obligatoria la presentación de la declaraciones de situación patrimonial de los servidores públicos federales, por medios de comunicación electrónica utilizando para tal efecto, firma electrónica avanzada, publicado el 25 de marzo de 2009 que entre otros señala:

"Cuando los servidores públicos no cuenten con su firma electrónica avanzadas, o ésta se encuentre vencida, podrán utilizar su clave de usuario y contraseña, generadas en el Sistema declaraNET plus, siempre que acepten las condiciones de uso contenidas en el formato que para tal efecto estará disponible en el propio sistema, el cual deberán entregar firmado autógrafamente en el órgano interno de control de la dependencia, entidad o institución en la que presten o hayan prestado sus servicios, dentro de los 15 días hábiles siguientes a la presentación de la declaración correspondiente, acompañado de una copia del acuse de recibo generado por el sistema".

Se le invita para que realice el llenado de su declaración de modificación patrimonial en el mes de abril realizando su envío durante los primeros días del mes de mayo, ya que si bien es cierto puede presentar su declaración durante todo el mes de mayo, también lo es que, en los últimos días se presenta una carga extraordinaria al sistema declaraNet^{plus}, lo que puede dificultar el proceso de captura y envío.

Lo anterior, para su conocimiento y estricta observancia.

ATENTAMENTE
EL SUBDIRECTOR

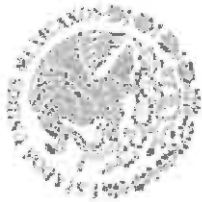
JESÚS ARMANDO TOSTADO MARTÍNEZ

Recibi Oficio
Lic. Felipe Osorio Osorio
7-Abril-2014

Elaboró:
Julia C. Albarán Mejía

Revisó:
C. Rosa María Bertha Berro Martínez

0149



SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

MEXICO, D.F. A 22 DE MAYO DE 2012

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

DECLARACION DE MODIFICACION PATRIMONIAL 2012

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARIA
NO. DE COMPROBACION:

[Redacted]
R.F.C.: [Redacted]
NO. DE CERTIFICADO [Redacted]

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

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

CARACTERES DE AUTENTICIDAD DEL ACUSE [Redacted]

NUM. 6087569

00001158

0148



SECRETARIA DE COMUNICACIONES
Y TRANSPORTES

**CENTRO SCT ESTADO DE MÉXICO
UNIDAD DE ASUNTOS JURÍDICOS
C.SCT.6.10.305.-2047/2012.**

**ASUNTO: SE REMITE ACUSE DE RECIBO DE
DECLARACION DE MODIFICACION
PATRIMONIAL**

Toluca, México, a 22 de mayo de 2012.

C. Rosa María Bertha Berriel Martínez
Jefa del Departamento de Recursos Humanos
del Centro SCT Estado de México
P r e s e n t e

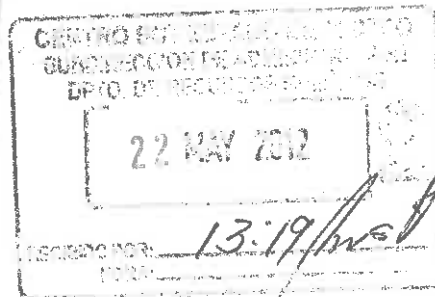
Por este conducto, hago referencia al oficio número C.SCT.6.10.411.0312/2012, de fecha 19 de abril del año en curso, a través del cual el C. Director General de este Centro SCT en atención al oficio número 09/100/0324/2012, de fecha 10 de abril del presente año, suscrito por el Titular del Órgano Interno de Control en esta Dependencia, invita a efectuar la Declaración de Modificación Patrimonial durante el mes de mayo de 2012.

Sobre el particular, envío a Usted acuse de DECLARACIÓN DE MODIFICACIÓN PATRIMONIAL 2012, de fecha 22 de mayo de 2012, en el cual se manifiesta lo siguiente: **"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"**.(sic)

Lo anterior, para los trámites a que haya lugar.

ATENTAMENTE
EL JEFE DEL DEPARTAMENTO
DE LO CONTENCIOSO

LIC. FELIPE OSORIO OSORIO.



0147

C.c.p.- Lic. Oscar Raúl Callejo Silva.- Director General del Centro SCT Estado de México.- Conocimiento.
C.c.p.- C.P. Álvaro Genaro Urbina Moncayo.- Encargado de la Subdirección de Administración del Centro SCT Estado de México.- Conocimiento.
L'FOO*

URGENTE

CENTRO SCT MÉXICO
 SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
 DEPTO. DE RECURSOS HUMANOS
 NO. OF. SCT.6.10.411.0312/2012

Toluca, Méx., a 19 de Abril de 2012.

LIC. FELIPE OSORIO OSORIO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE LO
CONTENCIOSO
PRESENTE

SECRETARÍA DE
 COMUNICACIONES
 Y TRANSPORTES



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 Interior 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.

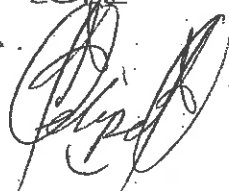
Sin otro particular, le envío un cordial saludo.

ATENTAMENTE
DIRECTOR GENERAL


LIC. OSCAR RAÚL CALLEJO SILVA

C.c.p.- Jefe de la Unidad de Asuntos Jurídicos.-Presente.

Recibi el día
 22/4/2012
 Ana 

Recibi oficio
 Lic. Felipe Osorio Osorio
 25-Abril-2012
 18:30 hrs. 

0146

FMMB/mamg.

C. Rosa Ma. Bertha Berriel Martínez

Asunto:

RV: Se solicita PSP EDO MEX

Datos adjuntos:

INCONSISTENCIAS ESTADO DE MÉXICO ABRIL 2012.xlsx; OFICIO NOTIFICACION QUINTERO.pdf; OFICIO SOLICITUD CORREO.pdf

De: C. Rosa Ma. Bertha Berriel Martínez [mailto:rmbecema@sct.gob.mx]

Enviado el: miércoles, 18 de abril de 2012 01:34 p.m.

Para: 'Mercedes Rocio Gutierrez Alvarez'

CC: rmangelh@sct.gob.mx; [Maritini Sanchez Rangel \(msanchez@sct.gob.mx\)](mailto:Maritini.Sanchez.Rangel@msanchez@sct.gob.mx)

Asunto: RE: Se solicita PSP EDO MEX

Estimada Lc. Mercedes
Buenas tardes

Le envío archivo anexo debidamente validado; señalando que los cambios realizados están marcados en amarillo; asimismo, envío oficio de notificación de baja del C. Quintero Díaz José; así como, nota informativa solicitando al Titular de la Subdirección de Transporte, para que tramite ante el departamento de informática correo institucional del C. Gutiérrez Aranda Alejandro.

Quedo a sus órdenes, para cualquier aclaración.

Atte,

Rosa María Bertha Berriel Martínez

Recursos Humanos

Centro SCT México

De: Mercedes Rocio Gutierrez Alvarez [mailto:rmcieliv@sct.gob.mx]

Enviado el: lunes, 16 de abril de 2012 12:25 p.m.

Para: rmbecema@sct.gob.mx

CC: Maritini Sanchez Rangel; Mara Jesus Rangel Hernandez

Asunto: Se solicita PSP EDO MEX

Importancia: Alta

LIC. ROSA MARÍA BERTHA BERRIEL MARTÍNEZ

Jefa del Departamento de Recursos Humanos del

Centro SCT México

Presente

Me refiero al oficio C. SCT. 6.10.411.0020/2012, mediante el cual en atención a los compromisos acordados en la reunión del 03 de noviembre de 2011, el Director General de ese Centro SCT, envió el Padrón de Servidores Públicos.

Al respecto, le comento que en dicho reporte se detectaron diversas observaciones, mismas que se encuentran en el archivo anexo, a saber:

- 01 correo institucional
- 09 fechas de ingreso a la APF
- 03 fechas de ingreso a la SCT
- 10 fechas de obligación a declarar
- 01 acuse de notificación de baja
- 04 notificaciones de alta.

Por lo anterior le solicito, que en un término improrrogable de 03 días hábiles, contados a partir de la recepción del presente, aclare y envíe por esta misma vía la información correspondiente a cada uno de los servidores públicos que nos ocupan.

Dirección de Asuntos Laborales
Subdirección de Relaciones Laborales
Cisco 32540 y 32070

Se Cambiaron fechas de Declaracion Patriomigal
de acuerdo a las Declaraciones Anexas

Sacar Copias
Exp. Personal

Las inconsistencias estan en la mayoria
En el escritorio Mov. MTA
Padron Serv. Publicos

00001161

014

00001162

FELIPE OSORIO OSORIO

TIPO DE DECLARACIÓN: INICIAL

FECHA DE LA DECLARACION: 13/06/2008

DEPENDENCIA: SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

DATOS GENERALES DEL SERVIDOR PUBLICO

NOMBRE(S): OSORIO OSORIO FELIPE

DATOS DEL PUESTO O ENCARGO DEL SERVIDOR PÚBLICO

NOMBRE DEL ENCARGO O PUESTO: JEFE DE DEPARTAMENTO

DEPENDENCIA O ENTIDAD: SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

DOMICILIO:

ÁREA DE ADSCRIPCIÓN: UNIDAD DE ASUNTOS JURIDICOS

FUNCIONES PRINCIPALES: ASUNTOS JURIDICOS

TELÉFONO:

CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL: ssolache@sct.gob.mx

FECHA DE INICIO DEL ENCARGO: 16/04/2008

ESTÁ CONTRATADO(A) POR HONORARIOS? NO

CLAVE PRESUPUESTAL O EQUIVALENTE: OA001

Se modificó fecha ingreso al último puesto y la fecha de observación de declaración patrimonial de acuerdo a su declaración patrimonial anterior y a su constancia de nombramiento.

DATOS CURRICULARES DEL SERVIDOR PÚBLICO

ESCOLARIDAD

GRADO MÁXIMO DE ESTUDIOS: LICENCIATURA

NIVEL	UBICACIÓN	NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	CARRERA O ÁREA DE CONOCIMIENTO	ESTATUS	PERIODOS CURSADOS	DOCUMENTO OBTENIDO
LICENCIATURA	Estado:ESTADO DE MEXICO Municipio:TOLUCA	UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MEXICO	DERECHO	FINALIZADO		TITULO

EXPERIENCIA LABORAL

SECTOR PODER	AMBITO	INSTITUCIÓN O EMPRESA	UNIDAD ADMINISTRATIVA	PUESTO	FUNCIÓN PRINCIPAL	INGRESO - EGRESO
PUBLICO EJECUTIVO MUNICIPAL		INSTITUTO ELECTORAL DEL ESTADO DE MEXICO	JUNTA MUNICIPAL ELECTORAL NUMERO 52	AUXILIAR DE JUNTA	PREPARACION DE SESIONES	10/2002 - 03/2003
PUBLICO EJECUTIVO MUNICIPAL		INSTITUTO ELECTORAL DEL ESTADO DE MEXICO	JUNTA MUNICIPAL ELECTORAL NUMERO 52	CAPACITADOR ELECTORAL	CAPACITAR	01/1999 - 07/1999
PUBLICO EJECUTIVO MUNICIPAL		INSTITUTO ELECTORAL DEL ESTADO DE MEXICO	JUNTA MUNICIPAL NUMERO 52	AUXILIAR DE JUNTA	PREPARACION DE SESIONES	01/2000 - 07/2000

EXPERIENCIA ACADEMICA

EL SERVIDOR PÚBLICO NO PROPORCIONÓ INFORMACIÓN DE EXPERIENCIA ACADÉMICA.

LOGROS LABORALES O ACADEMICOS A DESTACAR

EL SERVIDOR PÚBLICO NO PROPORCIONÓ INFORMACIÓN DE LOGROS LABORALES O ACADÉMICOS.

DECLARACION ANTERIOR

EL SERVIDOR NO INDICÓ INFORMACIÓN DE LA DECLARACIÓN ANTERIOR.

EL SERVIDOR NO ACEPTO HACER PUBLICOS SUS DATOS PATRIMONIALES

0144

* TODA LA INFORMACIÓN FUE CAPTURADA DIRECTAMENTE POR EL SERVIDOR PÚBLICO

MEIAANOM

Edición Rápida

Archivo Edición Ver Formato Registro Herramientas Instalación Ventana Ayuda

Datos Personales de los servidores públicos

DATOS PERSONALES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS

No. de Empleado	Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	CURP	RFC
7132516	FELIPE	OSORIO	OSORIO	[REDACTED]	[REDACTED]

DOMICILIO

[REDACTED]

DATOS PERSONALES

Fecha de Ingreso SCT | **Fecha de Ingreso APF** | **Fecha de Ingreso SPC**
16/04/2008 | 16/04/2008 | 04/10/2010

Correo Electrónico Personal | **Correo Electrónico Institucional**
[REDACTED] | fosorio@sct.gob.mx

Tipo de Puesto Estratégico | **Tipo de Función del Puesto**
1 | NO APLICA | 1 | ADMINISTRATIVA

Motivo de Declaración Patrimonial
1 | PORQUE EL PUESTO ESTÁ COMPRENDIDO EN LAS FF

Fec. Obligación Decl. Pat.
16/04/2008

GUARDAR DATOS

Datos Personales de los Servid...
00:07:49 a.m. 09:48 | 25/04/2012 | Num

Ya estaba capturada no le realice nada

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

ANVERSO

3

37PIA08

7132516

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 POBLACIÓN

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S)

OSORIO

OSORIO

FELIPE

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 (S), TARIFA UTILIZADA, DEL EJERCICIO QUE DECLARA (X), 1991 (Actualizada), FRACCION I (2), FRACCION 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 PRESENTÓ SUS SERVICIOS (5)

2 IMPUESTO SOBRE LA RENTA

Table with columns: A. TOTAL DE INGRESOS POR SUELDOS, SALARIOS Y CONCEPTOS ASIMILADOS (Campo P, más el campo Q de esta página, más los campos a, más i, más m de la página 2, más el campo S1 de la página 3), B. IMPUESTO LOCAL A LOS INGRESOS POR SUELDOS, SALARIOS Y EN GENERAL POR LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO O PERSONAL SUBORDINADO(7), C. INGRESOS EXENTOS (Campo U de esta página, más el campo c de la página 2, más el campo R1 de la página 3), D. INGRESOS NO ACUMULABLES (Campo X de esta página, más el campo g de la página 2), E. INGRESOS ACUMULABLES (A - B - C - D), F. ISR CONFORME A LA TARIFA ANUAL, G. SUBSIDIO ACREDITABLE (2007 y anteriores), H. SUBSIDIO NO ACREDITABLE (2007 y anteriores), I. SUBSIDIO PARA EL EMPLEO (2008 y prestaciones), J. MONTO DEL SUBSIDIO ACREDITABLE FRACCION III (2), K. MONTO DEL SUBSIDIO ACREDITABLE FRACCION 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 (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)

3 PAGOS POR SEPARACIÓN

Table with columns: P. MONTO TOTAL DEL PAGO EN UNA SOLA EXHIBICIÓN (No deberá hacer anotación alguna en Q, R y S), Q. INGRESOS TOTALES POR PAGO EN PARCIALIDADES (No hacer anotación alguna en P), R. MONTO DIARIO PERCIBIDO POR JUBILACIONES PENSIONES O HABERES DE RETIRO EN PARCIALIDADES (No hacer anotación alguna en P), 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 (No hacer anotación alguna en P), T. NÚMERO DE DÍAS (8), 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 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. 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. (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 comisionados; (4) 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 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) Trámite 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

Recibi Constancia 17-Abril-2012 Lic. Felipe Osorio Osorio

Handwritten signature of Felipe Osorio Osorio

0142

2 [REDACTED]

PAGOS POR SEPARACIÓN (Continuación)

OTORGADOR POR SEPARACIÓN (3)

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 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.] 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 (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
a. SUELDOS, SALARIOS RAYAS Y JORNALES	204555	0
p. GRATIFICACIÓN ANUAL	25596	1703
q. VIÁTICOS Y GASTOS DE VIAJE	0	0
r. TIEMPO EXTRAORDINARIO	0	0
s. PRIMA VACACIONAL	1434	851
l. 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
AI. CONTRIBUCIONES A CARGO DEL TRABAJADOR PAGADAS POR EL PATRÓN	0	5976
B1. PREMIOS POR PUNTUALIDAD	0	0
CI. PRIMA DE SEGURO DE VIDA	0	0
DI. SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES	0	0
EI. VALES PARA RESTAURANTE	0	0
FI. VALES PARA GASOLINA	0	0

(1) Incluyendo, entre otros, prima de antigüedad e indemnizaciones.
 (2) Si el pago por separación es menor al último sueldo mensual ordinario deberá 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 el 31 de diciembre de 2004.

0141

3

5

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

	GRAVADO	EXENTO
G1. VALES PARA ROPA	0	00
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 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 0 de la pagina 2 al P1 de la columna "gravado" de la pagina 3)	231585	
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)	9454	
S1. SUMA DE INGRESOS POR SUELDOS Y SALARIOS (Q1 + R1)	241039	
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	
U1. IMPUESTO RETENIDO DURANTE EL EJERCICIO	36649	
V1. IMPUESTO RETENIDO POR OTRO(S) PATRON(ES) DURANTE EL EJERCICIO (2)	0	
W1. SALDO A FAVOR DETERMINADO EN EL EJERCICIO QUE DECLARA QUE EL PATRON COMPENSARA DURANTE EL SIGUIENTE EJERCICIO O SOLICITARA SU DEVOLUCIÓN	0	
		XI. SALDO A FAVOR DEL EJERCICIO ANTERIOR NO COMPENSADO DURANTE EL EJERCICIO QUE AMPARA LA CONSTANCIA 0
		Y1. SUMA DE LAS CANTIDADES QUE POR CONCEPTO DE CREDITO AL SALARIO LE CORRESPONDIÓ AL TRABAJADOR (5) 0
		Z1. CREDITO AL SALARIO ENTREGADO EN EFECTIVO AL TRABAJADOR DURANTE EL EJERCICIO (6) 0
		a1. MONTO TOTAL DE INGRESOS OBTENIDOS POR CONCEPTO DE PRESTACIONES DE PREVISION SOCIAL 924
		b1. SUMA DE INGRESOS EXENTOS POR CONCEPTO DE PRESTACIONES DE PREVISION SOCIAL 924
		c1. MONTO DEL SUBSIDIO PARA EL EMPLEADO ENTREGADO EN EFECTIVO AL TRABAJADOR DURANTE EL EJERCICIO QUE DECLARA 0

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

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

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



VALADEZ BAUTISTA SALVADOR

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION



FIRMA DEL RETENEDOR O REPRESENTANTE LEGAL

SELLO DEL RETENEDOR, EN CASO DE TENERLO

FIRMA DE RECIBIDO POR EL CONTRIBUYENTE

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

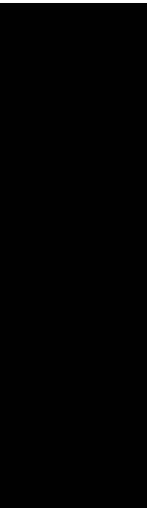
(4) Aplicable a a partir de 2005.
 (5) Se deberá anotar la suma del crédito al salario determinado conforme a la tabla de la LISR correspondiente.
 (6) Suma de las diferencias que durante el ejercicio se entregaron en efectivo al trabajador conforme a las disposiciones fiscales vigentes.

0140

MetLife®

635
M

OSORIO OSORIO METLIFE



00000491 - 10056

Cuidamos lo que amas de la vida.

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

BV-2-001

VER.1

00001167

RECIBI
21-FEBRERO-2012
FEMTE OSORIO OSORIO

0139

RECIBI
21-FEBRERO-2012
FELIPE OSORIO OSORIO

00001168
MetLife®

**CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO
EFFECTIVO 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			
OSORIO OSORIO FELIPE 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:	\$
VIGENCIA		FORMA DE PAGO	
DE LAS 00 Hrs. DIA MES AÑO	A LAS 24 Hrs. DIA MES AÑO	MENSUAL	
01/01/2012	30/09/2012		

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

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA	DEDUCIBLE	COASEGURO	NIVEL DE TARIFA DETD.
BASICA	SMGM	SMGM	SM	SM
COBERTURA EN EL EXTRANJERO	SMGM	SMGM	SM	
PREEXISTENCIA	SMGM	SMGM	SM	
DEPORTES PELIGROSOS	SMGM	SMGM	SM	
FADECIMIENTOS CONGENITOS	SMGM	SMGM	SM	
RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD				
AMBULANCIA AEREA	SMGM	SMGM	SM	
PARTO NORMAL Y ABORTO INVOLUN.	SMGM	SMGM	SM	
APLICACIONES DEL EMBARAZO	SMGM	SMGM	SM	

"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". "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".</p>
<p>México, D. F., a 09 de ENERO de 2012</p>

0138

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-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 ~~1000~~ 1169
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 Lamoyí 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.

mang.

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.rmbecema@sct.gob.mx

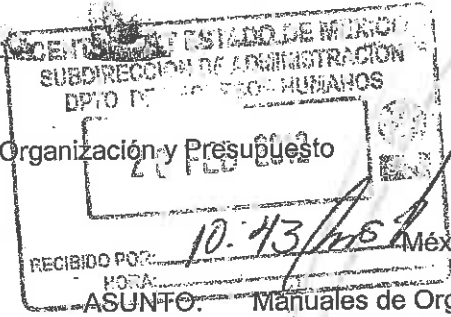
0137

g 63500 12-262 00001170

Bertha para comentar
Comisión
Gracias
0154
D. Ibarra

Oficio No. 5.1.-336

Oficialía Mayor
Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto



México D.F. a 03 de Febrero de 2012.

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

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.

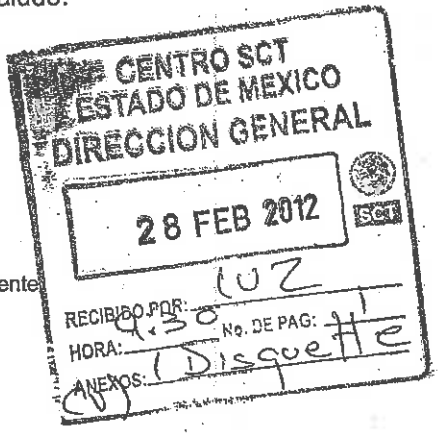
ATENTAMENTE
El Director General

Lic. Armando Ruiz Massieu A.

C.c.p. Lic. Victor 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. 67000012-860
G7000012-20

FMG/sgb/rpg



0136

FORMATO A.- PARA PERSONAL SUJETO AL SERVICIO PROFESIONAL DE CARRERA



Toluca, México, a 28 de Febrero de 2012

LIC. OSCAR RAÚL CALLEJO SILVA
DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO SCT MÉXICO
P R E S E N T E

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.



LIC. FELIPE OSORIO OSORIO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE LO
CONTENCIOSO
No. DE PLAZA [REDACTED]

0135

FORMATO A.- PARA PERSONAL SUJETO AL SERVICIO PROFESIONAL DE CARRERA



Toluca, México, a 28 de Febrero de 2012.

LIC. OSCAR RAÚL CALLEJO SILVA
DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO SCT.MÉXICO
P R E S E N T E

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.



LIC. FELIPE OSORIO OSORIO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE LO
CONTENCIOSO
No. DE PLAZA [REDACTED]

0134



SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

SUBSECRETARÍA DE ATENCIÓN CIUDADANA Y
 NORMATIVIDAD
 DIRECCIÓN GENERAL DE RESPONSABILIDADES Y
 SITUACIÓN PATRIMONIAL
 CONSTANCIA NO [REDACTED]
 MEXICO D.F. A 18 DE JUNIO DE 2008

TITULAR DEL ÁREA DE RECURSOS HUMANOS EN
 SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES
 P R E S E N T E

EFFECTUADA UNA BÚSQUEDA EN LA BASE DE DATOS EN EL REGISTRO DE SERVIDORES PÚBLICOS SANCIONADOS CON QUE CUENTA LA DIRECCIÓN GENERAL DE RESPONSABILIDADES Y SITUACIÓN PATRIMONIAL DE ESTA SECRETARÍA, PREVISTO POR EL ARTICULO 40 DE LA LEY FEDERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS, SE LOGRÓ ESTABLECER QUE A LA FECHA, NO SE ENCONTRÓ INHABILITADA A LA SIGUIENTE PERSONA

RFC

NOMBRE

OSORIO OSORIO FELIPE

DATOS DE LA CONSULTA:

DEPENDENCIA O ENTIDAD: SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

NOMBRE DEL RESPONSABLE: DIANA VAZQUEZ DEL MERCADO ARRIBAS

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL REPORTE: 18/06/2008

HORA DE EXPEDICIÓN DEL REPORTE: 16:39:17

CARACTERES DE AUTENTICIDAD: [REDACTED]

*****FIN DEL DOCUMENTO*****

0133

AVISO IMPORTANTE:
 ESTA CONSTANCIA ES VÁLIDA ÚNICAMENTE PARA EL RFC Y EL NOMBRE DE LA PERSONA CONSULTADA.

CARACTERES DE AUTENTICIDAD [REDACTED]

10. 7131424

N.I.

00001174

0-635
Asociación

DOCUMENTOS QUE CONFORMAN EL EXPEDIENTE DE PERSONAL
DATOS SERVIDOR PÚBLICO

NOMBRE COMPLETO: FELIPE OSORIO OSORIO

RFC:

CODIGO: CFOA001

NIVEL: OA001

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

N.º PLAZA 700886

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

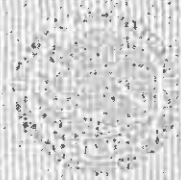
* Copia

CERTIFICO

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

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

0132



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE MEXICO
REGISTRO CIVIL

CONTRATO 11811
~~00001175~~

EN NOMBRE DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE MEXICO Y COMO OFICIAL
DEL REGISTRO CIVIL DE [REDACTED] CERTIFICO
QUE UN SOLO CIELO [REDACTED]
DEL REGISTRO CIVIL QUE ES A MI CARGO, EN LA FECHA [REDACTED] SE ENCUENTRA ASY
Y ASY ACTA EN [REDACTED] SE ENVIADA POR EL C. OFIC [REDACTED] DEL REGISTRO CIVIL
[REDACTED] [REDACTED]
EN LA CUAL SE CONTIENEN LOS SIGUIENTES DATOS:

ACTA DE NACIMIENTO

NOMBRE: RAFAEL GONZALO GONZALEZ
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]
LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]
CONJUGIO: [REDACTED]
[REDACTED]

[Handwritten signature]

0101

SH GP
SAT
 Servicio de Administración Tributaria
 SECRETARÍA DE HACIENDA Y FOMENTO PÚBLICO

CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

MEX - 17/11/2003-E
 IntRecujN7W

INSCRIPCIÓN EN EL R.F.C.

RFC-1

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

NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL
OSORIO OSORIO FELIPE

DOMICILIO [REDACTED]

CLAVE DEL R.F.C. [REDACTED]

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION [REDACTED]

ADMINISTRACIÓN LOCAL DE RECAUDACIÓN **TOLUCA**

ACTIVIDAD [REDACTED]

SITUACIÓN DE REGISTRO **ACTIVO**

FECHA DE INSCRIPCIÓN [REDACTED]

FECHA DE INICIO DE OPERACIONES [REDACTED]

OBLIGACIONES

[REDACTED]

TRÁMITES EFECTUADOS
INSCRIPCIÓN PERSONA FÍSICA

FECHA DE PRESENTACIÓN
[REDACTED]

FOLIO DEL TRÁMITE
[REDACTED]



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

ADMINISTRADOR LOCAL DE RECAUDACION
TOLUCA

0017731129536A

C.P. ABRAHAM ARCINIEGA CAMARENA

00001177

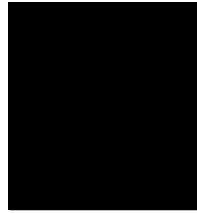
 <p>REGISTRO NACIONAL DE POBLACION</p>	<p>Esta Clave Única de Registro de Población, se explica con base en los datos que identifican un documento electrónico.</p>
<p>CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION</p>	<p>FECHA DE NACIMIENTO:</p>
<p>[REDACTED]</p>	<p>[REDACTED]</p>
<p>NOMBRE: FELIPE OSORIO OSORIO</p>	<p>[REDACTED]</p>
<p>[REDACTED]</p>	<p>[REDACTED]</p>
<p>[REDACTED]</p>	

0129



ESTE DOCUMENTO ES INTANSFERIBLE,
O ES VALIDO SI PRESENTA TACHA-
URAS O ENMIENDAS.
EL TITULAR ESTA OBLIGADO A NOTI-
FICAR EL CAMBIO DE DOMICILIO EN
LOS 30 DIAS SIGUIENTES A QUE ESTE
OCURRA.

[Signature]
MANUEL LÓPEZ BERNAL
SECRETARIO EJECUTIVO DEL
INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL



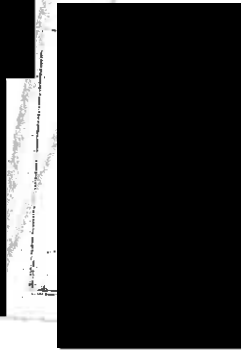
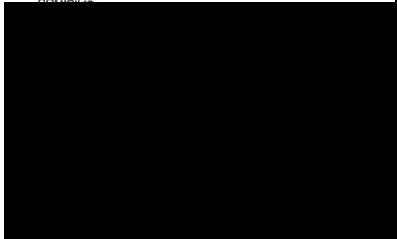
ESTADOS FEDERALES				LOCALES								EXTRAJORDINARIAS Y (OTRAS)		
12	15	06	09	09	10	11	12	13	04	05	06	07	08	



INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL
REGISTRO FEDERAL DE ELECTORES
CREDENCIAL PARA VOTAR

NOMBRE
OSORIO
OSORIO
FELIPE

EDAD
SEXO





La Universidad Autónoma
del
Estado de México,
otorga al C.

Felipe Osorio Osorio

el Título de

Licenciado en Derecho

en atención a que demostró tener hechos los estudios
requeridos por la Ley en el
Centro de Estudios Superiores Universitarios, S.C.

incorporada a esta Institución y haber sido aprobado
por unanimidad de votos en el examen profesional
que sustentó el día 9 de octubre de 2003, según
constancias archivadas en la Secretaría de Docencia
de la misma Universidad.

Patria, Ciencia y Trabajo

Dado en la Ciudad de Toluca de Lerdo, el
día 3 de noviembre de 2003.



Dr. en C. Rafael López Castañares

El Director
Lic. Víctor Manuel Meneses Torco.

La Secretaría de Docencia
de la U.A.E.M.

M. en C. Manuel Méndez López

SECRETARÍA DE DOCENCIA

00001180

CÉDULA 4080916

SEP



México D.F. 8 de Marzo del 2004



FIRMA DEL TITULAR

SEP/04

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES

CÉDULA 4080916

EN VIRTUD DE QUE

FELIPE

OSORIO

OSORIO

CUR

CLASIFICACIÓN DEL ARTÍCULO 130 CONSTITUCIONAL
RELATIVO AL EJERCICIO DE LAS PROFESIONES EN EL
DISTRITO FEDERAL Y SU REFORMA EN EL ESTADO DE
EDUCACIÓN DE TIPO SUPERIOR LA

CÉDULA

PERSONAL CON EFECTOS DE PÁTEnte PARA
EJERCER PROFESIONALMENTE EN EL NIVEL DE
LICENCIATURA EN
DERECHO

VÍCTOR EVERAROD BELTRÁN CORONA
DIRECTOR GENERAL DE PROFESIONES

0126



DE CONFORMIDAD CON EL ART. 15 DE LA LEY DEL SERVICIO MILITAR
PARA LA 1/A. RESERVA, EL 31 DE DICIEMBRE DE 1999
EL C. GRAL. DE DIV. H.E.M. DIR. GRAL. S.M.N.

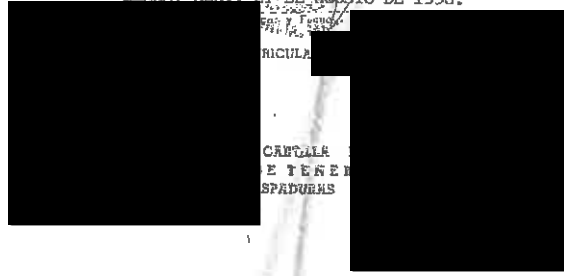
ROBERTO BADILLO MARTINEZ
(2957690)

SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL



El Presidente de la M. de la P. El General Brigadier D.D.M.
El General Brigadier D.D.M. El General Brigadier D.D.M.
El General Brigadier D.D.M. El General Brigadier D.D.M.
El General Brigadier D.D.M. El General Brigadier D.D.M.

C. MARIO RENES GARCIA DE LA ROSA AVILA MEDINA
(176896)
Toluca, Mex. 31 DE AGOSTO DE 1998.



RICULA

CAPITAL
E TENER
SPADUENS

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

[Handwritten signature]

VIZENTE CONTRERAS MORALES
(5000931)

Solicitud de Empleo

Puesto que Solicita

Sea tan amable al llenar esta solicitud en forma manuscrita
NOTA: Toda información aquí proporcionada será tratada
confidencialmente.

Fecha

Sueldo Mensual Deseado

Sueldo Mensual Aprobado

Fecha de Contratación

00001182

FOTOGRAFIA

RECIENTE

Apellido Paterno

Osoño

Domicilio

Apellido Materno

Osoño

Colonia

Nombre (s)

Felipe

Teléfono

Edad

[Redacted]

Sexo

Años

Unica del Registro de Población

AEORE

Pasaporte No.

No

Si

Documento le permite
trabajar en el país

El Desarrollo personal y Profesional.

NOMBRE

VIVE FINADO

DOMICILIO

OCUPACION

Estudios que está efectuando en la actualidad:

Escuela

Horario

Curso o Carrera

Grado

0124



2002



7 501742 105044

Que otros idiomas habla

(Nivel 50%, 75%, 100%)

Funciones de oficina que domina

Lic o Subjefe

Máquinas de oficina o taller que sepa manejar

Software que conoce

Computadora, fotocopiadora, Escaner

Word, Excel, Power Point,

Otros trabajos o funciones que domina

Secretarías, Notificador, Entrevistador, Capacitador.

EMPLEOS ACTUALES Y ANTERIORES

CONCEPTO	EMPLEO ACTUAL O ULTIMO		ANTERIOR		ANTERIOR		ANTERIOR	
	de	a	de	a	de	a	de	a
Tiempo que prestó sus servicios	2003	2008	2002	2003	2000	2002	2000	
Nombre de la compañía	Centro SCT, Est. de México		Junta Municipal Eleboral No. 52 Lerma, Estado de México		Centro SCT, Est. de México		Junta Mpa. Eleboral No. 52 Lerma, Estado de México	
Dirección	Igualdad No. 100 Santiago Tlaxonolco Toluca, Mex.		Lerma Estado de México		Leandro Valle No. 303 Toluca, México		Lerma, Estado de México	
Teléfono	017222300633							
Puesto desempeñado	Auxiliar en la Unidad de Asuntos Jurídicos		Auxiliar de Junta.		Auxiliar en la Unidad de Asuntos Jurídicos.		Auxiliar de Junta.	
Sueldos:	[Redacted]							
Motivo de separación	Personal		Termino de Contrato		Termino de Contrato		Termino de Contrato	
Nombre de su jefe directo	Lic. Maria Patricia Lopez Maza		Lic. Maribel Valdez Ramirez		Lic. Maria Patricia Lopez Maza		Lic. Fernando Lechuga	
Puesto de su jefe directo	Jefe de la Unidad de Asuntos Jurídicos		Vocal de Organización		Jefe de la Unidad de Asuntos Jurídicos		Vocal Ejecutivo.	
Podemos solicitar informes de usted	Aprendizaje bueno para mi persona de cada uno de ellos.							
<input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Razones)								

Indicar el motivo de la separación de cada uno de los anteriores

NOMBRE

DOMICILIO

TELEFONO

OCCUPACION

TIEMPO DE CONOCERLO

NOMBRE	DOMICILIO	TELEFONO	OCCUPACION	TIEMPO DE CONOCERLO
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

Hago constar que mis respuestas son verdaderas

Firma del solicitante

[Handwritten Signature]



OFICIALÍA MAYOR
DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL
SUBDIRECCIÓN DE PRESTACIONES AL PERSONAL

DATOS REGISTRADOS EN EL SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

OSORIO OSORIO FELIPE
NOMBRE COMPLETO

CERTIFICADO EL SCGMM (DD/MM/AAAA)

635 CENTRO SCT ESTADO DE MÉXICO
CLAVE DE LA U.A. UNIDAD ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCIÓN

OA01 JEFE DE DEPARTAMENTO [REDACTED] NO APLICA
NIVEL ACTUAL DENOMINACIÓN DEL PUESTO BÁSICA POTENCIACIÓN FORMA DE PAGO
SUMA ASEGURADA

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE ANTIGÜEDAD	SEXO
[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]	[REDACTED]	[REDACTED]

*Nota: Solo cuenta hasta el 29 de abril de 2011, para realizar alguna modificación en su póliza y deberá acudir al área de Recursos Humanos de su adscripción, para llenar el formato correspondiente (1.6.1 y 1.6.2). Asimismo, en caso de que desee dar de alta o baja a un ascendiente y/o incrementar o disminuir su suma asegurada (potenciación), deberá anexar escrito original en donde solicita dicho movimiento.
Formato 1.6.1 (Reporte de movimientos), para realizar alta o baja de beneficiarios, bajas de servidores públicos, promoción y/o despromoción, cambios de nivel e incremento o disminución de suma asegurada (potenciación).
Formato 1.6.2 (Reporte de correcciones), para corrección de fechas de nacimiento, antigüedad, RFC, sexo, nombre, parentesco.*

OSORIO OSORIO FELIPE
NOMBRE Y FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

SI NO

DESEA REALIZAR MODIFICACIÓN EN SU CERTIFICADO INDIVIDUAL

DATOS ACTUALIZADOS AL 28 DE MARZO DE 2011

00001183

0123

CENTRO SCT ESTADO DE MÉXICO
DIRECCION GENERAL
C.SCT.6.10.OA.097/2011

Toluca, Méx., a 31 de mayo de 2011.



C. ROSA MARÍA BERTHA BERRIEL MARTÍNEZ
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS
DEL CENTRO SCT ESTADO DE MÉXICO.
E D I F I C I O

Por este conducto, me permito enviar a usted la Declaración de Modificación Patrimonial 2011, con número de comprobación [REDACTED] correspondiente al Lic. Felipe Osorio Osorio, Jefe del Departamento de lo Contencioso.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E
LA DELEGADA ADMINISTRATIVA DE LA
DIRECCIÓN Y ÁREAS DE APOYO


C. ANA LUISA CAMACHO PICHARDO

CENTRO SCT ESTADO DE MEXICO	
SUBDIRECCION DE ADMINISTRACION	
DPTO. DE RECURSOS HUMANOS	
31 MAY 2011	
RECIBIDO POR:	Magui 2:37
HORA:	

c.c.p.- archivo - Minutario

alcp*

0122



SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

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

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

DECLARACION DE MODIFICACION PATRIMONIAL 2011

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARIA
NO. DE COMPROBACION:

[Redacted]

R.F.C.:

NO. DE CERTIFICADO:

[Redacted]

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

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

CARACTERES DE AUTENTICIDAD DEL ACUSE

[Redacted]

NUM. 5524790

00001185

0121

Lic. Felipe Osorio U. Acopi Poliza 9/11009
17-Jun-2011 y Redoncuiles

00001186



**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]

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR Y CONTRATANTE			PRIMA NETA:	
OSORIO OSORIO FELIPE			\$	0.00
SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES			RECARGO PAGO FRAC:	% 0.00
VICENCIA			GASTOS EXP. DE POLIZA:	\$ 0.00
FORMA DE PAGO			SUMA:	\$ 0.00
DELAS 00 Hrs. DIA MES AÑO	A LAS 24 Hrs. DIA MES AÑO	MENSUAL	IVA:	\$ 0.00
01/04/2011	31/12/2011		PRIMA ASEGURADO :	\$ 0.00
			PRIMA CONTRATANTE:	\$ [REDACTED]

RELACION DE ASEGURADOS										
Número de Licado	Nombre Completo	Fecha de Alta D M A	Estatus	Sexo E	F. Nacimiento D M A	F. Ingreso a la Colectividad	F. Antigüedad D M A	Permanesco	Póliza Tarifa	
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA	DEDUCIBLE	COASEGURO	NIVEL DE TABLA DE 1.0.
BASICA	SMGM	SMGM	\$ 8.00	SN
COBERTURA EN EL EXTRANJERO	SMGM	SMGM	\$ 20.00	SN
PREEXISTENCIA	SMGM	SMGM	\$ 8.00	SN
DESPORTES PELIGROSOS	SMGM	SMGM	\$ 8.00	SN
DEFICIENCIAS CONGENITAS	SMGM	SMGM	\$ 8.00	SN
RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD	SMGM	SMGM	\$ 8.00	SN
AMBULANCIA AEREA	SMGM	SMGM	\$ 20.00	SN
PARTO NORMAL Y ABORTO INVOLUN.	SMGM	SMGM	\$ 8.00	SN
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	SMGM	SMGM	\$ 8.00	SN

"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".

ANTE
ESTE CERTIFICADO CANCELA Y SUSTITUYE AL ANTERIOR
"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 11 de MAYO de 2011

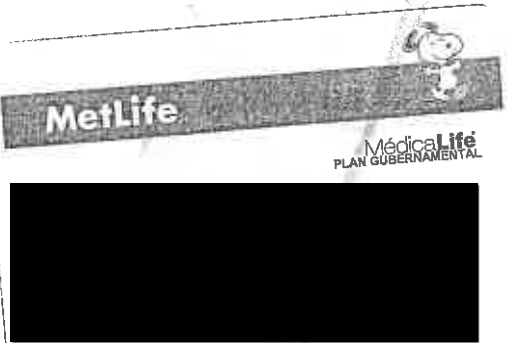
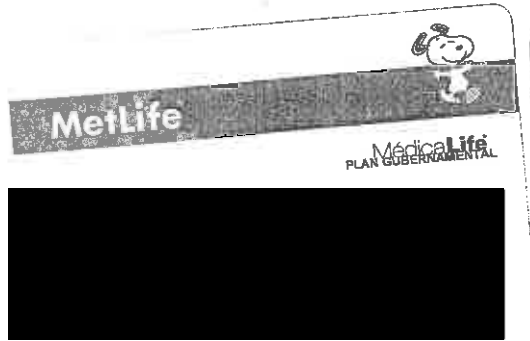
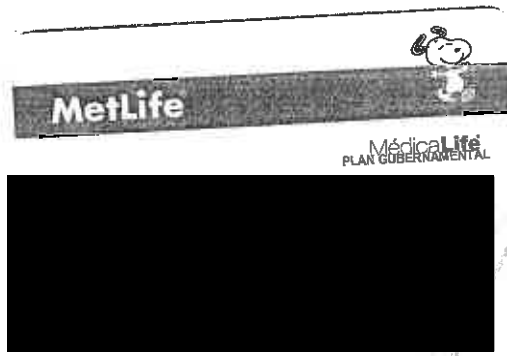
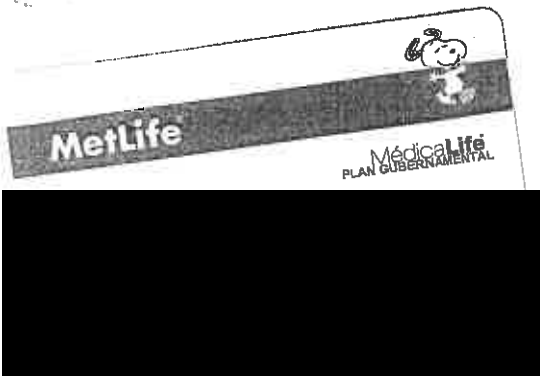
[Signature]
METLIFE MÉXICO, S.A.

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-S0034-0178-2011, de fecha 28 DE MARZO DE 2011

MetLife México S.A., Boulevard Manuel Ávila Camacho No. 32, Piso 5 SKL, 14 y 20 y PH, Col. Lomas de Chapultepec, C.P. 11000, Delegación Miguel Hidalgo,

0120

00001187

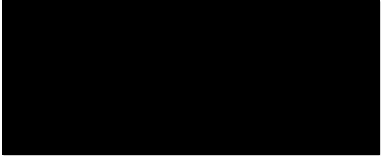


0119



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

OSORIO OSORIO FELIPE



RFC

Estado de Cuenta

Saldo Anterior	1,131.00
Pago	- 0.00
Saldo	1,131.00
Cargo por Redondeo	+ 0.34
Cargos del Mes	+ 163.75
IVA	+ 24.56
SubTotal	\$ 188.65
Crédito por Redondeo*	- 0.65
Total a Pagar	\$ 1,319.00

(mil trescientos diez y nueve pesos 00/100 M.N.)

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

Cargos del Mes

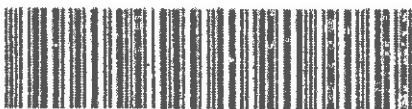
LADA	72.55
Celulares	91.20
SubTotal	\$ 163.75

Información:

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

OSORIO OSORIO FELIPE

Teléfono	Total a Pagar: \$ 1,319.00
Mes de Facturación: Noviembre	Pagar antes de: INMEDIATO
DV 6	



72828520940001319009

00001188

Total a Pagar: \$ 1,319.00

Pagar antes de: INMEDIATO

Mes de Facturación: Noviembre

Teléfono:

Factura No.:



Su estado de cuenta presenta 3 meses de adeudo, agradeceremos su pago para evitar asignar su saldo a nuestra Gerencia Jurídica. Su servicio está suspendido. Una vez liquidado su adeudo, haremos un cargo por reanudación del servicio.



0118

Llama y dona con cargo al Recibo Telmex.



01 900 849 6050 para donar \$50.

7 y 8 de diciembre El Teletón eres Tú

Telmex apoya al Teletón. Telmex está contigo.

Centro S.C.T. México
Subdirección de Administración
Departamento de Recursos Humanos
Of. No. SCT.6.10.411.0353

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

Toluca, México a 21 de abril de 2008.

**LIC. JESUS MA. ROBLEDO SOZA
DIRECTOR DE RESPONSABILIDADES
Y SITUACIÓN PATRIMONIAL
AV. INSURGENTES SUR 1735 3er. PISO
COL. GUADALUPE INN
DELEGACIÓN ALVARO OBREGÓN
MÉXICO, D.F.**

En atención al oficio No. 09/000/986 de fecha 12 de Marzo de 1998, girado por la Contraloría Interna de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, adjunto al presente 1 diskette de 3 ½ ", solicitando la expedición de Constancias de No Inhabilitación del personal adscrito a este Centro S.C.T., Estado de México.

Aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E .

JEFE DPTO. DE RECURSOS HUMANOS

C. ROSA MA. BERTHA BERRIEL MARTINEZ

C.C.P.- L.AE. Victor Hugo Ortiz Ruiz.- Subdirector de Administración.- Presente.

RMBB*mrv.

ESCRITO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD

TOLUCA, MEXICO A 22 DE ABRIL DE 2008

**SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES.
P R E S E N T E.**

Por este conducto manifiesto BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD:

- I. Ser ciudadano mexicano y encontrarme en pleno goce de mis derechos civiles y políticos;
- II. No haber sido sentenciado con pena privativa de libertad por delito doloso.;
- III. No estar impedido para prestar servicios públicos, en los términos de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos y las disposiciones correlativas en las entidades federativas;

Así mismo, manifiesto poseer el grado académico requerido mismo que acredito con la documentación que anexo, la cual tiene validez oficial por la institución que la emite.

Atentamente:

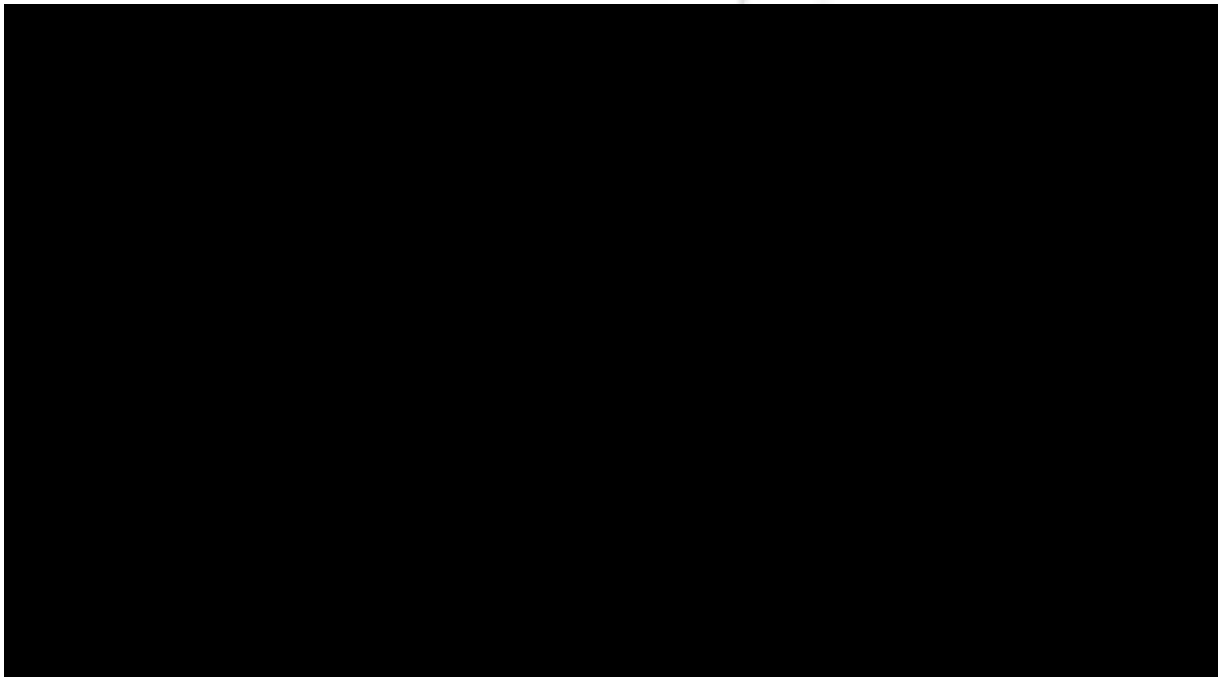


LIC. FELIPE OSORIO OSORIO

CURRICULUM VITAE



DATOS PERSONALES



[Handwritten mark]

ESCOLARIDAD

EDUCACION PRIMARIA: (1982 – 1986)
ESCUELA PRIMARIA OFICIAL "LIC. BENITO JUAREZ"
SAN PEDRO TULTEPEC, MUNICIPIO DE LERMA, ESTADO DE MEXICO
CERTIFICADO

EDUCACION MEDIA: (1986 – 1991)
ESCUELA SECUNDARIA OFICIAL NO. 134
"ARTESANOS DEL ESTADO DE MEXICO"
SAN PEDRO TULTEPEC, MUNICIPIO DE LERMA, ESTADO DE MEXICO
CERTIFICADO

EDUCACION MEDIA SUPERIOR: (1991 – 1994)
ESCUELA PREPARATORIA OFICIAL NO. 51
MUNICIPIO DE SAN MATEO ATENCO, ESTADO DE MEXICO
CERTIFICADO

EDUCACION SUPERIOR: (1994 – 1999)
"UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MEXICO"
"CENTRO DE ESTUDIOS SUPERIORES UNIVERSITARIOS, S.C."
MUNICIPIO DE SANTIAGO TIANGUISTENCO, ESTADO DE MEXICO
CERTIFICADO

TESIS PROFESIONAL
"NECESIDAD DE ESTABLECER LAS ATRIBUCIONES DEL CAPACITADOR
ELECTORAL EN EL CODIGO ELECTORAL DEL ESTADO DE MEXICO"
TITULO

CEDULA PROFESIONAL
No. 4080916

0113

EXPERIENCIA PROFESIONAL

SERVICIO SOCIAL

ADSCRITO AL SEGUNDO TURNO DE LA AGENCIA DEL MINISTERIO PUBLICO
DE LERMA, MEXICO, DE LA PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA DEL
ESTADO DE MEXICO
MUNICIPIO DE LERMA, ESTADO DE MÉXICO

PRACTICAS PROFESIONALES

AUXILIAR DE DESPACHO JURIDICO
LIC. MARCELINO DE JESÚS MORALES GUZMÁN
MUNICIPIO DE LERMA, ESTADO DE MEXICO

**CAPACITADOR ELECTORAL DE LA JUNTA DISTRITAL ELECTORAL NO. 4
CON CABECERA EN EL MUNICIPIO DE LERMA, ESTADO DE MÉXICO
PROCESO ELECTORAL 1999
INSTITUTO ELECTORAL DEL ESTADO DE MEXICO**

**AUXILIAR DE LA JUNTA MUNICIPAL ELECTORAL NO. 52
DEL MUNICIPIO DE LERMA, ESTADO DE MEXICO
PROCESOS ELECTORALES DEL AÑO 2000
INSTITUTO ELECTORAL DEL ESTADO DE MEXICO**

**AUXILIAR DE LA UNIDAD DE ASUNTOS JURIDICOS
DEL CENTRO SCT ESTADO DE MEXICO
DEPENDIENTE DE LA SECRETARIA DE
COMUNICACIONES Y TRANSPORTES
MUNICIPIO DE TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO**

**AUXILIAR DE LA JUNTA MUNICIPAL ELECTORAL NO. 52
DEL MUNICIPIO DE LERMA, ESTADO DE MEXICO
PROCESOS ELECTORALES 2002 - 2003
INSTITUTO ELECTORAL DEL ESTADO DE MEXICO**

**AUXILIAR DE LA UNIDAD DE ASUNTOS JURIDICOS
DEL CENTRO SCT ESTADO DE MÉXICO
DEPENDIENTE DE LA SECRETARIA DE
COMUNICACIONES Y TRANSPORTES
MUNICIPIO DE TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO
(2003 - 2008)**

CONFERENCIA, SEMINARIO Y CURSOS

CICLO DE CONFERENCIAS
"LAS NUEVAS INVESTIGACIONES EN CIENCIAS PENALES
Y POLÍTICA CRIMINAL"
SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACION
PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

SEMINARIO
"PROBLEMÁTICA JURÍDICA
CONTRATOS DE OBRAS PUBLICAS"
PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN
CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL
INSTITUTO DE LA JUDICATURA FEDERAL
ESCUELA JUDICIAL

CURSOS
"ACTUALIZACION DE LA LEY DE OBRA PUBLICA"
CREASER, S.C.
SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

"ADMINISTRACIÓN DE LA OBRA PUBLICA"
CREASER, S.C.
SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

MetLife[®]

635

OSORIO OSORIO FELIPE



C.P. 00000

FELIPE OSORIO OSORIO

9-AUGUSTO-2010

Cuidamos lo que amas de la vida.

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

VER.1

BV-2-001

0110

00001196

MetLife[®]

635

OSORIO OSORIO FELIPE



C.P. 00000



Cuidamos lo que amas de la vida.

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

VER.1

BV-2-001

0109

00001197

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

Anexo 1 - Identificación del Trabajador

0000

Mes inicial	01
Mes final	12
Ejercicio	2010
Registro federal de contribuyentes	[REDACTED]
Clave única de registro de población	OSORIO
Apellido Paterno	OSORIO
Apellido Materno	FELIPE
Nombre(s)	Área C
Área geográfica del salario mínimo	SI
Indique si el patrón realizó cálculo anual	NO
Tarifa utilizada: del ejercicio que declara	SI
Tarifa utilizada: 1991 actualizada	

PROPORCIÓN DEL SUBSIDIO

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	0.8600
Proporción del subsidio aplicada	NO
Indique si el trabajador es sindicalizado	Sin Selección
Si es asimilado a salarios, señale la clave correspondiente	15 - Estado de México
Clave de la Entidad Federativa donde prestó sus servicios	
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	823
Indique si el patrón aplicó el monto de las aportaciones voluntarias en el cálculo del	NO

0108

*Recibi copia
Lic. Felipe Osorio
30 Mayo - 2011*

Impuesto

Monto de las aportaciones voluntarias deducibles para trabajadores que realizarán su declaración

Monto de las aportaciones voluntarias deducibles aplicadas por el patrón

Anexo 1 - Pagos del Patrón Efectuados a sus Trabajadores

	204555
Sueldos, salarios, rayas y jornales gravado	0
Sueldos, salarios, rayas y jornales exento	21094
Gratificación anual gravado	1634
Gratificación anual exento	0
Viáticos y gastos de viaje gravado	0
Viáticos y gastos de viaje exento	0
Tiempo extraordinario gravado	0
Tiempo extraordinario exento	1468
Prima vacacional gravado	817
Prima vacacional exento	0
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	5076
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

0107

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
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	0
Pagos efectuados por otros empleadores (sólo si el patrón que declara realizó cálculo anual) exento	0
Otros ingresos por salarios gravado	924
Otros ingresos por salarios exento	0
IMPUESTO SOBRE LA RENTA POR SUELDOS Y SALARIOS	
Suma del ingreso GRAVADO por sueldos y salarios	227117
Suma del ingreso EXENTO por sueldos y salarios	8451
Impuesto retenido durante el ejercicio que declara	35193
Impuesto retenido por otro(s) patrón(es) durante el ejercicio que declara	0
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	924
Monto total de ingresos obtenidos por concepto de prestaciones de previsión social	924
Suma de ingresos exentos por concepto de prestaciones de previsión social	235568
Suma de ingresos por sueldos y salarios	0
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

0106

00001201

Anexo 1 - Impuesto Sobre la Renta (Resumen)

Total de ingresos por sueldos, salarios y conceptos asimilados	235568
Ingresos exentos	0
Total de las aportaciones voluntarias deducibles	0
Ingresos no acumulables	0
Ingresos acumulables	227117
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)	0
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	35193
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

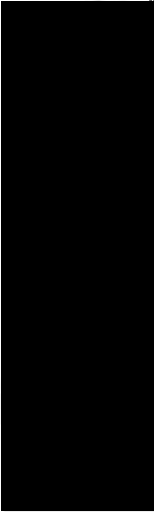
FIRMA DEL RETENEDOR O SU REPRESENTANTE LEGAL	SELLO DEL RETENEDOR (En caso de tenerlo)	FIRMA DEL CONTRIBUYENTE
	<p>SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTE CENTRO S C T ESTADO DE MEXICO SUBDIRECCION DE ADMINISTRACION DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS</p>	 0105 <i>Rubi original</i>

"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 LISR"

MetLife[®]

635

OSORIO OSORIO FELIPE



00008305

00001202

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

VER. 1

Cuidamos lo que amas de la vida.

BV-2-001

0104



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

O. DE POLIZA: [REDACTED]
O. DE CERTIFICADO: [REDACTED]
O. DE FOLIO: [REDACTED]

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR / CONTRATANTE		PRIMA NETA:	
SORIO OSORIO FELIPE		\$	0.00
SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES		RECARGO PAGO FRAC:	% 0.00
VIGENCIA		GASTOS EXP. DE POLIZA:	\$ 0.00
FORMA DE PAGO		SUMA:	\$ 0.00
DE LAS 00 Hrs. DIA MES AÑO	A LAS 24 Hrs. DIA MES AÑO	IVA:	\$ 0.00
01/01/2011	31/03/2011	PRIMA ASEGURADO :	\$ [REDACTED]
	MENSUAL	PRIMA CONTRATANTE:	\$ [REDACTED]

SITUACION DE ASEGURADOS										
Número de	Nombre Completo	Fecha de Alta	Estatus	Sexo	E	F. Nacimiento	F. Ingreso a la	F. Antigüedad	Parentesco	Prima Tarifa

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA	DEDUCIBLE	COASEGURO	NIVEL DE TARIFA DEL COASEGURO
BASICA	SMGM	SMGM	SMGM	SM
COBERTURA EN EL EXTRANJERO	SMGM	SMGM	SMGM	SM
PREEXISTENCIA	SMGM	SMGM	SMGM	SM
DEPORTES PELIGROSOS	SMGM	SMGM	SMGM	SM
DEFICIENCIAS CONGENITAS	SMGM	SMGM	SMGM	SM
ADQUISICION DE ANTIGÜEDAD	SMGM	SMGM	SMGM	SM
EMBARAZO ASREA	SMGM	SMGM	SMGM	SM
PARTO NORMAL Y ABORTO INVOLUN.	SMGM	SMGM	SMGM	SM
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	SMGM	SMGM	SMGM	SM

Recibido
Feli OSORIO FELIPE

"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 que 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 04 de ENERO de 2011

0103

[Signature]

METLIFE MÉXICO, S.A.

AHORRO SOLIDARIO

DOCUMENTO DE ELECCIÓN

Formato para optar por el beneficio del Ahorro Solidario aplicable a los trabajadores incorporados al Régimen de cuentas individuales del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

FECHA Y LUGAR DE ELABORACIÓN Toluca, México, a 10 de Diciembre de 2009.

FECHA DE RECEPCIÓN _____

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) _____

DEPENDENCIA O ENTIDAD Secretaría de Comunicaciones y Transportes

CLAVE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD 635 Centro SCT México

NOMBRE DEL TRABAJADOR Felipe Osorio Osorio

fundamento en la sección 10 de la Ley del Trabajo de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y 3.1 del Reglamento para el cumplimiento de posiciones del régimen de cuentas individuales del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, para optar por el beneficio del ahorro solidario, bajo la información suministrada en el presente documento.

SUELDO BÁSICO 6,855.50

MONTO DEL DESCUENTO

Autorizo su descuento de mi Sueldo Básico mensual el siguiente porcentaje, para que sea depositado en la subcuenta de ahorro solidario de mi cuenta individual:



Declaro bajo protesta de decir verdad QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS SON AUTÉNTICOS.

FIRMA DEL TRABAJADOR

0102

Estimado trabajador, utilice este Formato para optar por el beneficio del ahorro solidario. Una vez llenado, deberá entregarlo en el área de Recursos Humanos de su centro de trabajo. En caso de elegir la opción del cero por ciento, estará manifestando su determinación de no optar por el beneficio del ahorro solidario.

INFORMACIÓN PARA LOS TRABAJADORES

De conformidad con lo establecido por los artículos 302 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y 3.1 del Reglamento para el cumplimiento de posiciones del régimen de cuentas individuales del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, los Trabajadores pueden optar por que se les deducan hasta el cinco por ciento de su Sueldo Básico para su ahorro solidario en la subcuenta de ahorro solidario para el efecto de su cuenta individual. Por lo anterior, los Trabajadores que opten por dicho beneficio deberán exhibir su determinación a la Dependencia o Entidad en la que laboran, considerando su descuento aplicable es equivalente al uno por ciento del sueldo de base en dólares. En términos de sus fondos de ahorro solidario, las Dependencias o Entidades, según corresponda, estarán autorizadas a depositar en la subcuenta de ahorro solidario tres pesos con veintinueve centavos por cada peso que ahorrare los Trabajadores con un tipo máximo del sesenta por ciento de interés en el Sistema Financiero.

ALUSE

AHORRO SOLIDARIO

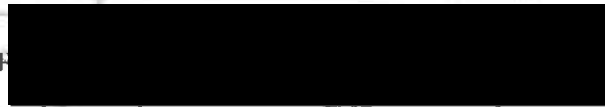
DOCUMENTO DE ELECCIÓN

Formato para optar por el beneficio del Ahorro Solidario aplicable a los trabajadores incorporados al Régimen de cuentas individuales del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

FECHA Y LUGAR DE ELABORACIÓN Toluca, México, a 10 de Diciembre de 2009.

FECHA DE RECEPCIÓN

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP)



DEPENDENCIA O ENTIDAD Secretaría de Comunicaciones y Transportes

CLAVE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD 6091421 635 Centro SCT México

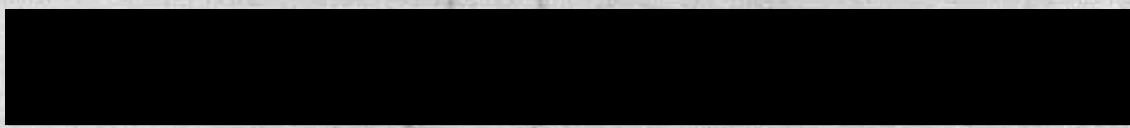
NOMBRE DEL TRABAJADOR Felipe Osorio Osorio

Conforme a los artículos 100 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y 32 del Reglamento para el otorgamiento de prestaciones del régimen de cuentas individuales del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, elijo optar por el beneficio del ahorro solidario, bajo la información suministrada en el presente documento.

SUELDO BÁSICO 6,855.50

MONTO DEL DESCUENTO

Autorizo su descuento de mi Sueldo Básico mensual el siguiente porcentaje, para que sea depositado en la subcuenta de ahorro solidario de mi cuenta individual:



Declaro bajo protesta de decir verdad QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS SON AUTÉNTICOS.

FIRMA DEL TRABAJADOR

0101

Estimado trabajador, si hace este Formato para optar por el beneficio del ahorro solidario, Una vez Firmado, deberá entregarlo en el área de Recursos Humanos de su centro de trabajo. En caso de elegir la opción del cero por ciento, estará manifestando su determinación de no optar por el beneficio del ahorro solidario.

INFORMACIÓN PARA LOS TRABAJADORES

De conformidad con lo establecido por los artículos 100 de la Ley de Institutos de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y 32 del Reglamento para el otorgamiento de prestaciones del régimen de cuentas individuales del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, que todo trabajador podrá optar por que se les descuenta hasta un cinco por ciento de su Sueldo Básico para ser acreditado en la subcuenta de ahorro solidario que se apertura automáticamente en su cuenta individual, así como en otras modalidades que ofrece el presente mecanismo de elección de contribución al ahorro solidario en la Dependencia o Entidad en la que labora, manteniendo su descuento que obtiene equivalente al cinco por ciento de su Sueldo Básico. En términos de las fincas en las que se otorgan, la Dependencia o Entidad del seguro como política, están obligados a depositar en la subcuenta de ahorro solidario, tres pesos con veintidós centavos por cada peso que ahorraron los Trabajadores con un porcentaje del seis por ciento que contra el Sueldo Básico.

SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES CON HOMOCIAVE

FORMATO PARA ELECCION DE POTENCIACION (INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA) Y AUTORIZACION DE DESCUENTO EN NOMINA

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

ANTES DE ELEGIR CUALQUIER OPCION LEA CUIDADOSAMENTE TODO EL DOCUMENTO

CONSIDERACIONES

ESTA INFORMACION SE SOLICITA PARA QUE LA COMPANIA ASEGURADORA QUE GANE LA LICITACION Y BRINDE EL SERVICIO A LOS ASEGURADOS, PAGUE LOS SINIESTROS QUE OCURRAN CON LA SUMA ASEGURADA BASICA DE 40 MESES DE PERCEPCION ORDINARIA, MAS LA POTENCIACION ELEGIDA.

EL PRESENTE FORMATO ES EL UNICO A TRAVES DEL CUAL SE ELIGE POTENCIACION (INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA) Y SE AUTORIZA EL CORRESPONDIENTE DESCUENTO EN NOMINA.

UNICAMENTE SE DEBERA FIRMAR EN UNO DE LOS DOS SUPUESTOS QUE SE PRESENTAN EN ESTE FORMATO; DE LO CONTRARIO, SE INVALIDARA Y SE TENDRA QUE LLENAR UN NUEVO FORMATO.

LA POTENCIACION Y AUTORIZACION DE DESCUENTO EN NOMINA SURTIRA EFECTOS A PARTIR DEL 1 DE DICIEMBRE DE 2010, EN CASO DE HABER ESTADO CONTINUIDAD EN LA POTENCIACION; O BIEN, EN LA FECHA SEÑALADA EN LA PARTE INFERIOR DE ESTE FORMATO, EN CASO DE HABER REALIZADO LA ELECCION POSTERIORMENTE AL INICIO DE VIGENCIA (1 DE DICIEMBRE DE 2010).

SUPUESTO 1 ELECCION DE POTENCIACION (INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA) Y AUTORIZACION 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 Secretaria de Comunicaciones y Transportes, para que el costo que representa la potenciación sea descontado de mi percepción ordinaria, vía nómina.

POTENCIACION DE LA SUMA ASEGURADA EXPRESADA EN MESES DE SUELDO BRUTO		
34	51	68*
		X

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

Nombre del Asegurado: Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)

FIRMA:

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

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

0100

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: Osorio Osorio Felipe Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)

FIRMA:



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

Lugar y fecha Toluca, Estado de Mexico a 1º de Diciembre de 2010.

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

NÚMERO DE EXPEDIENTE

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

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

CONTRATANTE

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

NOMBRE DEL ASEGURADO

SUMA ASEGURADA EN MESES

SUMA ASEGURADA BÁSICA: 40 MESES DE LA PERCEPCIÓN ORDINARIA

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

16 04 2008

Osorio Osorio Felipe

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)

BENEFICIARIO(S) (Esta designación de beneficiarios podrá modificarse en cualquier momento, para lo cual bastará llenar un nuevo formato, salvo que desea que esta sea irrevocable, en cuyo caso el titular deberá escribir con su puño y letra en el cuerpo del formato la siguiente leyenda: "Es mi deseo que esta designación de beneficiarios sea irrevocable y estoy consciente que no podré realizar una nueva designación." Y firmar la leyenda.

PARENTESCO

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

EXPRESAMENTE OTORGO A LA SECRETARIA 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



SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES CENTRO 6 C Y ESTADO DE MEXICO SUBDIRECCION DE ADMINISTRACION DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Firma del asegurado

Huella del pulgar derecho

FIRMA DEL ASEGURADO

HUELLA DEL PULGAR DERECHO

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

0099

NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 1

NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 2

Lugar y fecha en que se firma este consentimiento: Toluca, Estado de México, a 1° 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.

"2010, Año de la Patria Bicentenario del Inicio de la Independencia y
Centenario del Inicio de la Revolución"

CENTRO SCT MEXICO
SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACION
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS
Of. No. SCT.6.10.411.0882

Toluca, Méx., a 8 de Septiembre del 2010

FELIPE OSORIO OSORIO
PRESENTE

SECRETARÍA DE
COMUNICACIONES
Y TRANSPORTES



En atención al oficio No. 5.2.0.1.- 1027 girado por el Lic. Salvador Valadez Bautista Director de Remuneraciones de la Dirección General de Recursos Humanos y al correo electrónico de fecha 9 de septiembre del 2010 signado por el Lic. Rodrigo Hernández Zaragoza Jefe de Servicios de Enlace con Dependencias y Entidades de la Subdirección de Afiliación y Vigencia de Derechos del ISSSTE, me permito transcribir lo siguiente:

"Por instrucciones del Lic. Carlos Mercado Sánchez, Subdirector de Afiliación y Vigencia de Derechos, en relación con los trabajadores de reingreso a que se refiere el artículo Décimo Sexto Transitorio de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y de conformidad con lo establecido en el Reglamento para el Otorgamiento de Pensiones del Régimen de Cuentas Individuales del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado en el Título Tercero "Del Reingreso de los Trabajadores al Servicio Público"; envió según lo publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de julio de 2010, los formatos de Reingreso de Indemnización Global y Solicitud de Acreditación de Tiempo de Cotización para el Cálculo del Bono de Pensión del Trabajador de Reingreso conforme a lo dispuesto en el Reglamento para el Otorgamiento de Pensiones del Régimen de Cuentas Individuales del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado correspondientes a los trabajadores activos en su Dependencia o Entidad que han sido identificados en esta condición y que han laborado por lo menos un año a partir de su reingreso.

Estos formatos contienen los periodos de cotización registrados en la Base de Datos Única de Derechohabientes de este Instituto, por lo que deberá revisar dichos periodos. De estar de acuerdo con dicha información, deberá firmar y asentar su huella digital en los formatos, acudiendo al área de Afiliación y Vigencia de la Delegación del ISSSTE que corresponda a su domicilio; de requerir modificación, aclaración o inserción de periodos o sueldo básico, deberá acudir con la documentación probatoria y solicitar las correcciones procedentes, "no omito mencionar a Usted que el trámite es personal".

Sin otro particular, le envío un cordial saludo.

ATENTAMENTE
ENCARGADO DEL DESPACHO DE LA
SUBDIRECCION DE ADMINISTRACION

Alvar
C.P. ALVARO GENARO URBINA MONCAYO

Recibi oficio 0098
24-SEP-2010
Lic. Felipe Osorio O.

c.c.p. C. Rosa María Bertha Berriel Martínez.- Jefa del Departamento de Recursos Humanos.- Presente
RMBB/mtlv.

Calle de la Igualdad no. 100, Col. Junta Local de Caminos Santiago Tlaxomulco, Toluca, México
C.P. 50280 Tel. 2-36-06-20 C.E.rmbecema@sct.gob.mx

00001209
OSORIO



FORMATO DE REINTEGRO DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL Y SOLICITUD DE ACREDITACIÓN DE TIEMPO DE COTIZACIÓN PARA EL CÁLCULO DEL BONO DE PENSIÓN DEL TRABAJADOR DE REINTEGRO CONFORME A LO DISPUESTO EN EL REGLAMENTO PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES DEL RÉGIMEN DE CUENTAS INDIVIDUALES DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO



FOLIO 5054972



FECHA DE EMISIÓN 07 09 2010
DÍA MES AÑO
FECHA DE VIGENCIA 29 11 2009
DÍA MES AÑO

Nombre: OSORIO OSORIO FELIPE

INFORMACIÓN CONTENIDA EN LA BASE DE DATOS ÚNICA DEL ISSSTE

FELIPE

OSORIO

OSORIO

NOMBRE

APELLIDO MATERNO

Su fecha de nacimiento:

Promedio del sueldo básico en el último año anterior a la separación del servicio público:

2,000.00 PESOS

HISTORIA DE PERIODOS DE COTIZACIÓN

CLAVE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD I.C.P.	NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD	FECHA ALTA			FECHA BAJA		
		DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
6091121	SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES QUINTANA ROO	01	03	2002	16	04	2002

PERIODOS CON INDEMNIZACIÓN GLOBAL QUE NO ESTÁN CONSIDERADOS EN LA HISTORIA LABORAL

CLAVE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD I.C.P.	NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD	FECHA ALTA			FECHA BAJA		
		DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO

El importe total a pagar por concepto de reintegro de indemnización global para considerar estos periodos como cotizados es:

N/A PESOS

Manifiesto bajo protesta de decir verdad, que no recibí la Indemnización Global que contempló la Ley del ISSSTE en vigor al 31 de marzo de 2007.

Manifiesto bajo protesta de decir verdad, recibí la Indemnización Global que contempló la Ley del ISSSTE en vigor al 31 de marzo de 2007 y que conforme a los procedimientos aplicables por el Instituto realicé la devolución de ésta, lo cual acredito con el Recibo de Caja Oficial emitido por el ISSSTE.

Manifiesto bajo protesta de decir verdad, que no deseo reintegrar el monto de la Indemnización Global que me fue otorgada.

Unido a la resolución relativa a la Acreditación de Tiempo de Cotización, el ISSSTE emitirá, según corresponda, la Constancia a que se refiere el Artículo 44 del Reglamento para el otorgamiento de pensiones del régimen de cuentas individuales del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Revise cuidadosamente que sus datos estén correctos; si alguno requiere actualización deberá llenar en el siguiente recuadro la Solicitud de Corrección de Datos para el Cálculo del Bono de Pensión.

SOLICITUD DE CORRECCION DE DATOS

Nombre Fecha de Nacimiento Sueldo Básico
 Periodos de Cotización CURP

El(los) dato(s) correcto(s) es(son) el(los) siguiente(s)

Fecha de Nacimiento: NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO
DÍA MES AÑO

Promedio del sueldo básico en el último año anterior a la separación del servicio público: PESOS

0097

Recibi formato

24-SEP-2010

Lic. Felipe Osorio O.



FORMATO DE SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL Y BONO DE PENSIÓN DE ACREDITACIÓN DE TIEMPO DE COTIZACIÓN PARA EL CÁLCULO DEL BONO DE PENSIÓN DEL TRABAJADOR DE MENORES DE CUENTA CONFORME A LO DISPUESTO EN EL REGLAMENTO PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES DEL RÉGIMEN DE CUENTAS INDIVIDUALES DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO



FOLIO _____

5054972

4 AMPLIACIÓN DE LOS PERIODOS DE COTIZACIÓN AL ISSSTE						
NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD	FECHA ALTA			FECHA BAJA		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO

Los periodos simultáneos de cotización sólo cuentan una vez y los periodos de licencia sin goce de sueldo no se consideran para el cálculo del Bono de Pensión.

Para realizar el trámite deberá presentar este formato suscrito, con su huella digital, adjuntando original para su cotejo y copia de su identificación oficial y entregarlo en el Área de Recursos Humanos de su Dependencia o Entidad o en el Departamento de Afiliación y Prestaciones Económicas de la Delegación del ISSSTE más cercana a su domicilio.
 Para corrección de Sueldo Básico: Original y copia de su(s) comprobante(s) de pago; para corrección de Tiempo de Cotización: Original y copia de las Hojas Únicas de Servicios; para corrección de Fecha de nacimiento o Nombre: Copia certificada y copia simple del Acta de Nacimiento o CURP.

5 DATOS DE CONTACTO			
DOMICILIO PARTICULAR:			
CALLE	NO.EXTERIOR	NO.INTERIOR	COLONIA
C.P.	DELEGACIÓN O MUNICIPIO		CIUDAD ENTIDAD FEDERATIVA
(LADA)TELEFONO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	
DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO:			
NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD			
CALLE	NO.EXTERIOR	NO.INTERIOR	COLONIA
C.P.	DELEGACIÓN O MUNICIPIO		CIUDAD ENTIDAD FEDERATIVA
(LADA)TELEFONO	EXTENSIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	

SOLICITUD DE ACREDITACIÓN DE TIEMPO DE COTIZACIÓN Y CONFIRMACIÓN DE DATOS		
Por medio del presente documento yo, _____	NOMBRE	APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO
Solicito la acreditación de mi tiempo de cotización y el depósito del bono de pensión que me corresponde en mi Cuenta Individual, de conformidad con la información establecida en el presente Documento, atendiendo así a lo señalado y para los efectos de los artículos 45 y 46 del Reglamento para el otorgamiento de pensiones del régimen de cuentas individuales del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Declaro bajo protesta de decir verdad que las manifestaciones e información que proporciono al ISSSTE es cierta, y me doy por apercibido(a) de que al declarar falsamente o realizar alteración de documentos considerados para el reintegro de la indemnización global, la acreditación de sueldo básico, año de nacimiento y/o periodos de cotización, me haré acreedor(a) a las responsabilidades administrativas, resarcitorias, civiles o penales que correspondan conforme a la legislación aplicable al respecto.		
_____	0096	
NOMBRE, FIRMA Y CARGO DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE RECIBE EN LA DEPENDENCIA O ENTIDAD	FIRMA DEL TRABAJADOR	HUELLA DIGITAL
DEPENDENCIA O ENTIDAD		

00001211

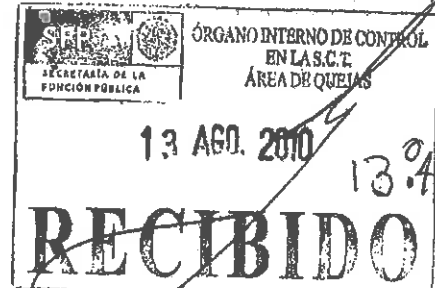
2661

"2010, Año de la Patria. Bicentenario del Inicio de la Independencia y Centenario del Inicio de la Revolución"

CENTRO SCT MEXICO
SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACION
DEPTO. DE RECURSOS HUMANOS
No. Of. C. SCT.6.10.411.0811/10

Toluca, Méx., a 9 de agosto de 2010

LIC. JOSE HERRERA PINEDA
TITULAR DEL AREA DE QUEJAS
ORGANO INTERNO DE CONTROL
EN LA SECRETARIA DE COMUNICACIONES
Y TRANSPORTES
P R E S E N T E



En atención a su oficio No. 09/200/002772/2010 de fecha 26 de julio del año en curso, mediante el cual solicita apoyo a fin de recabar la firma de servidores públicos adscritos a este Centro SCT, en los Formatos de Condiciones de Uso de Medios de Identificación Electrónica.

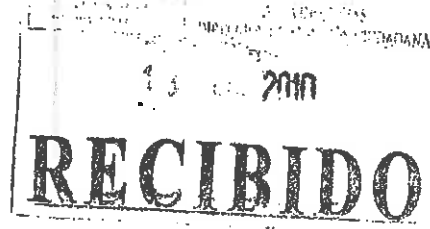
Al respecto, anexo me permito enviarle los formatos solicitados, debidamente requisitados. Cabe hacer mención que los formatos a nombre de Mario Agustín Calderón García y Julia Guadalupe Cárdenas Arteaga, se envían sin firma por motivo de renuncia voluntaria e incorporación al programa de retiro voluntario, respectivamente, de conformidad con los oficios enviados por las áreas a las que pertenecían los servidores públicos citados.

Sin otro particular, le envío un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E
DIRECTOR GENERAL


LIC. OSCAR RAUL CALLEJO SILVA

RMBBM/vicerra oficioagosto*



2010 AGO 13 AM 11:03
61120010-953
R E C I B I D O
OFICINA DE PARTES

Oscar Raúl Callejo Silva
SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES
ORGANO INTERNO DE CONTROL EN LA S.C.T.

0095



SECRETARÍA DE LA
FUNCIÓN PÚBLICA

Oficio No. 09/200/002772/2010

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN LA
SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES
ÁREA DE QUEJAS

México, D.F. a 26 de Julio de 2010.

ING. OSCAR RAUL CALLEJO SILVA
DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO SCT MEXICO

Me refiero al oficio número UGD/409/5212010, de fecha 29 de marzo del año en curso y recibido en éste Órgano Interno de Control el 07 de mayo del presente año, a través del cual el Titular de la Unidad de Gobierno Digital de la Subsecretaría de la Función Pública, solicitó a esta Autoridad el apoyo a fin de recabar la firma de servidores públicos adscritos a la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, en los Formatos de Condiciones de Uso de Medios de Identificación Electrónica.


En razón de lo anterior, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 37 fracciones XII y XVII de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 2, 4, 7, 8, fracción XVI, 10 y 20 de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos y 80, fracción III, numeral 6 del Reglamento Interior de la Secretaría de la Función Pública, me permito solicitar a usted gire instrucciones a quien corresponda a fin de que en un **plazo improrrogable de 3 días hábiles a partir de la fecha de recepción de presente**, se recabe la firma autógrafa (con tinta azul) en dichos formatos de los servidores públicos enlistados en el cuadro anexo, mismos que se encuentran adscritos a ese Centro SCT a su cargo y una vez hecho lo anterior, deberá remitirlos a esta Área de Quejas en los términos antes señalados, **apercibido de que en caso de no cumplir con dicha obligación en los términos establecidos, este Órgano Interno de Control procederá en contra de quien resulte responsable.**

Sin otro particular, le envió un saludo.

EL TITULAR DEL ÁREA DE QUEJAS


LIC. JOSÉ HERRERA PINEDA

EMPLEADO/ECRAI

CENTRO SCT ESTADO DE MEXICO DIRECCION GENERAL	
05 AGO 2010	
RECIBIDO POR:	
HORA: 12:39	No. DE PAG: 1
ANEXOS: 2	

0094

NO.	UNIDAD	ADSCRIPCION	ID EMPLEADO	RFC	NOMBRE	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
1	635	Centro S.C.T. México					
2	635	Centro S.C.T. México					
3	635	Centro S.C.T. México					
4	635	Centro S.C.T. México					
5	635	Centro S.C.T. México					
6	635	Centro S.C.T. México					
7	635	Centro S.C.T. México					
8	635	Centro S.C.T. México					
9	635	Centro S.C.T. México					
10	635	Centro S.C.T. México					
11	635	Centro S.C.T. México					
12	635	Centro S.C.T. México					
13	635	Centro S.C.T. México					
14	635	Centro S.C.T. México					
15	635	Centro S.C.T. México					
16	635	Centro S.C.T. México					
17	635	Centro S.C.T. México					

FELIPE OSORIO OSORIO

"FACILIDAD ADMINISTRATIVA PARA EL DEPÓSITO DEL AHORRO SOLIDARIO"

TRABAJADORES DE NUEVO INGRESO

NOMBRE: FELIPE OSORIO OSORIO

ADSCRIPCIÓN: 63500 CENTRO SCT MEXICO

TELÉFONO: _____

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL: _____

CURP: _____ ID EMPLEADO: _____

A quien corresponda.

Por medio del presente escrito y conforme a las "REGLAS que establecen **facilidades administrativas para el depósito del Ahorro Solidario**" publicadas en el Diario Oficial de la Federación el día 29 de abril del 2010, así como al artículo Artículo 100 de la Ley del ISSSTE, informo a usted, que siendo trabajador considerado como nuevo ingreso, adscrito a la: Unidad de Asuntos Jurídicos, y bajo protesta de decir verdad, conforme a lo descrito en el párrafo segundo de la Primera Regla, que indica, que en caso de que los trabajadores hubieran ingresado o reingresado con posterioridad al 1o. de abril de 2007, el período se computará desde la fecha de ingreso o reingreso hasta el 31 de diciembre de 2009.

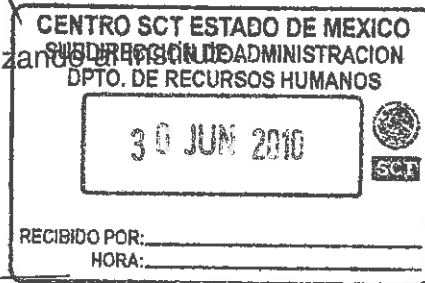
Por lo que comunico a usted, mi deseo personal de acogerme al beneficio previsto por las Reglas anteriormente mencionadas, a fin de incrementar mi Bono de Pensión en mi Cuenta Individual, respecto al periodo de tiempo extraordinario comprendido entre el 1o. de abril de 2007 y el 31 de diciembre de 2009, a que tenga derecho, al ser trabajador de **nuevo ingreso** y cotizar al Instituto a partir del 16 de Abril del 2008, por la cantidad que corresponda al resultado del tiempo laborado con la aportación voluntaria del _____ de mi sueldo Básico de cotización al ISSSTE al 31 de diciembre de 2009.

Es importante señalar, que a la fecha me encuentro activo y cotizando al ISSSTE.

Sin más, por el momento quedo de usted.

Atentamente

FELIPE OSORIO OSORIO





SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES
DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS
DIRECCIÓN DE REMUNERACIONES

UNIDAD ADMINISTRATIVA QUE CERTIFICA: 63500 CENTRO SCT MEXICO

FACILIDAD ADMINISTRATIVA PARA EL DEPÓSITO DEL AHORRO SOLIDARIO

Lugar y Fecha de Elaboración: Toluca, Méx., a 5 de julio del 2010

Datos del Trabajador

Nombre del Trabajador: FELIPE OSORIO OSORIO

Clave única de Registro de Población (CURP): [REDACTED]

En términos de lo establecido en la Tercera y Quinta de las Reglas que establecen facilidades administrativas para el depósito del Ahorro Solidario (Reglas), y en virtud de haber elegido el beneficio del Ahorro Solidario a más tardar el día 31 de diciembre de 2009, comunico a usted que toda vez que, el día 30 de Junio de 2010, informo a esté Centro SCT México (63500) su determinación por optar por la facilidad que otorgan las reglas, a efecto de depositar en su Cuenta Individual el ahorro correspondiente al período comprendido entre 16 de Abril del 2008 al 31 de Diciembre del 2009, empleando para ello [REDACTED] por ciento de Sueldo Básico, le comunico lo siguiente:

- a) De conformidad con los archivos de esté Centro SCT México (63500), su Sueldo Básico mensual registrado ante el ISSSTE al 31 de diciembre de 2009, asciende a la cantidad de \$6,855.50
- b) Los periodos de cotización considerados para el cálculo del monto a depositar son: 20.5 periodos
- c) La cantidad base de cálculo para la determinación del monto a depositar asciende a \$137.11
- d) En virtud de lo anterior, el monto a depositar en la Subcuenta de Ahorro Solidario de su Cuenta Individual asciende a [REDACTED]

Atentamente

LIC. OSCAR RAUL CALLEJO SILVA
DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO

Con fundamento en el artículo 44 del Reglamento interior de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes.

FELIPE OSORIO OSORIO

Fecha de Recepción:

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES
CENTRO SCT ESTADO DE MEXICO
SUBDIRECCION DE ADMINISTRACION
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.**

A quien corresponda:

En términos de lo establecido en la Sexta Regla que establece las facilidades administrativas para el depósito del Ahorro Solidario (Reglas), y en virtud de haber elegido el beneficio del Ahorro Solidario a más tardar el día 31 de diciembre de 2009, comunico a usted que toda vez que, el día ___ de Julio de 2010, recibí del CENTRO SCT MEXICO 63500, perteneciente a la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, el Documento de Facilidad Administrativa para el Depósito del Ahorro Solidario, me permito entregar a usted, este Documento en original, así como informar, mi determinación de acogerme al beneficio previsto por las reglas en mención, y optar por la facilidad de depositar en mi Cuenta Individual el ahorro correspondiente al período comprendido entre 16 de Abril del 2008 al 31 de Diciembre del 2009.

Asimismo y encontrándome de conformidad con mi Sueldo Básico mensual registrado ante el ISSSTE al 31 de diciembre de 2009, el cual asciende a la cantidad de \$6,855.50 del cual deseo que se me descuenta el [REDACTED] como Ahorro Solidario, y que de los 20.5 periodos de cotización considerados para el cálculo del monto a depositar en la Subcuenta de Ahorro Solidario de mi Cuenta Individual asciende a [REDACTED] por lo que agradeceré a usted me indique lo conducente para realizar dicho depósito.

Datos solicitados en la Sexta Regla:

Nombre: FELIPE OSORIO OSORIO

Domicilio: _____

Teléfono(s): _____

Numero de Seguridad Social (ISSSTE): [REDACTED]

Clave única de Registro de Población (CURP): [REDACTED]

Sin más por el momento, reciban un cordial saludo.

Atentamente.

FELIPE OSORIO OSORIO

0090

Fecha de Recepción: _____

00001217

"2010, Año de la Patria. Bicentenario del Inicio de la Independencia y Centenario del Inicio de la Revolución".



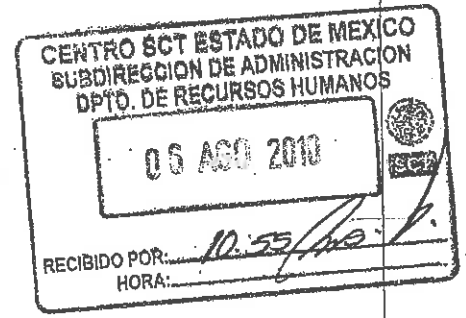
SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

URGENTE

g 6350010-26240

Oficio No. 09/200/002772/2010

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN LA SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES ÁREA DE QUEJAS



México, D.F. a 26 de Julio de 2010.

ING. OSCAR RAUL CALLEJO SILVA DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO SCT MEXICO

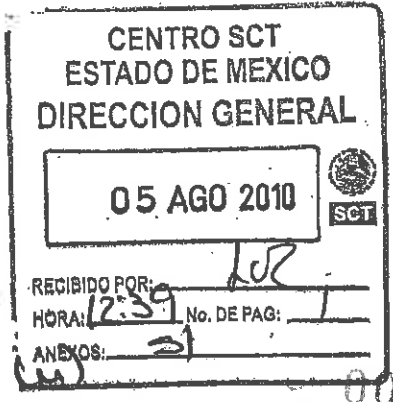
Me refiero al oficio número UGD/409/5212010, de fecha 29 de marzo del año en curso y recibido en éste Órgano Interno de Control el 07 de mayo del presente año, a través del cual el Titular de la Unidad de Gobierno Digital de la Subsecretaría de la Función Pública, solicitó a esta Autoridad el apoyo a fin de recabar la firma de servidores públicos adscritos a la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, en los Formatos de Condiciones de Uso de Medios de Identificación Electrónica.

En razón de lo anterior, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 37 fracciones XII y XVII de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 2, 4, 7, 8, fracción XVI, 10 y 20 de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos y 80, fracción III, numeral 6 del Reglamento Interior de la Secretaría de la Función Pública, me permito solicitar a usted gire instrucciones a quien corresponda a fin de que en un plazo improrrogable de 3 días hábiles a partir de la fecha de recepción de presente, se recabe la firma autógrafa (con tinta azul) en dichos formatos de los servidores públicos enlistados en el cuadro anexo, mismos que se encuentran adscritos a ese Centro SCT a su cargo y una vez hecho lo anterior, deberá remitirlos a esta Área de Quejas en los términos antes señalados, apercibido de que en caso de no cumplir con dicha obligación en los términos establecidos, este Órgano Interno de Control procederá en contra de quien resulte responsable.

Sin otro particular, le envié un saludo.

EL TITULAR DEL ÁREA DE QUEJAS

[Handwritten signature] LIC. JOSÉ HERRERA PINEDA



0089

**FORMATO DE CONDICIONES DE USO DE MEDIOS DE IDENTIFICACION
ELECTRONICA****Secretaría de la Función Pública
Presente.**

El que suscribe, cuyos datos de identificación aparecen al calce, bajo protesta de decir verdad, manifiesto lo siguiente:

- I. Reconozco como propia y auténtica la información que en lo sucesivo envíe por medios de comunicación electrónica, que a su vez se distinga por el medio de identificación electrónica certificado por la Secretaría de la Función Pública con número de serie: [REDACTED]
- II. Que he recibido a mi entera satisfacción el certificado digital que utilizaré en sustitución de la firma autógrafa en la documentación que envíe por medios remotos de comunicación electrónica, mismo que reconozco como propio y auténtico;
- III. Acepto que el uso de su certificado digital por persona distinta, quedará bajo mi exclusiva responsabilidad;
- IV. Que notificaré oportunamente a la Secretaría de la Función Pública, para efectos de su invalidación, la pérdida o cualquier otra situación que pudiera implicar la reproducción o uso indebido de mi certificado digital;
- V. Estoy de acuerdo en que podré ser requerido para el reenvío de la información por la Secretaría de la Función Pública o por cualquier otra autoridad cuando los archivos enviados contengan virus informáticos o no puedan abrirse por cualquier causa motivada por problemas técnicos;
- VI. Acepto que el uso del certificado digital está sujeto a los lineamientos emitidos para tal fin por la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo; en el acuerdo publicado el 19 de abril de 2002 en el Diario Oficial de la Federación.
- VII. Asumo cualquier tipo de responsabilidad derivada del mal uso que haga de mi certificado digital o de la que con tal motivo se le haga a la red de comunicaciones de la Secretaría de la Función Pública, y
- VIII. Que el número de serie de mi certificado digital es: [REDACTED] y tiene vigencia del [REDACTED]

El presente lo firmo con fecha actual, para todos los efectos legales a que hubiere lugar.

ATENTAMENTE



FELIPE OSORIO OSORIO
[REDACTED]

**FORMATO DE CONDICIONES DE USO DE MEDIOS DE IDENTIFICACION
ELECTRONICA**

**Secretaría de la Función Pública
Presente.**

El que suscribe, cuyos datos de identificación aparecen al calce, bajo protesta de decir verdad, manifiesto lo siguiente:

- I. Reconozco como propia y auténtica la información que en lo sucesivo envíe por medios de comunicación electrónica, que a su vez se distinga por el medio de identificación electrónica certificado por la Secretaría de la Función Pública con número de serie [REDACTED]
- II. Que he recibido a mi entera satisfacción el certificado digital que utilizaré en sustitución de la firma autógrafa en la documentación que envíe por medios remotos de comunicación electrónica, mismo que reconozco como propio y auténtico;
- III. Acepto que el uso de su certificado digital por persona distinta, quedará bajo mi exclusiva responsabilidad;
- IV. Que notificaré oportunamente a la Secretaría de la Función Pública, para efectos de, su invalidación, la pérdida o cualquier otra situación que pudiera implicar la reproducción o uso indebido de mi certificado digital;
- V. Estoy de acuerdo en que podré ser requerido para el reenvío de la información por la Secretaría de la Función Pública o por cualquier otra autoridad cuando los archivos enviados contengan virus informáticos o no puedan abrirse por cualquier causa motivada por problemas técnicos;
- VI. Acepto que el uso del certificado digital está sujeto a los lineamientos emitidos para tal fin por la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo; en el acuerdo publicado el 19 de abril de 2002 en el Diario Oficial de la Federación.
- VII. Asumo cualquier tipo de responsabilidad derivada del mal uso que haga de mi certificado digital o de la que con tal motivo se le haga a la red de comunicaciones de la Secretaría de la Función Pública, y
- VIII. Que el número de serie de mi certificado digital es: [REDACTED] y tiene vigencia del [REDACTED]

El presente lo firmo con fecha actual, para todos los efectos legales a que hubiere lugar.

ATENTAMENTE


FELIPE OSORIO OSORIO
[REDACTED]

NO.	UNIDAD	ADSCRIPCION	ID EMPLEADO	NOMBRE	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
1	635	Centro S.C.T. México				
2	635	Centro S.C.T. México				
3	635	Centro S.C.T. México				
4	635	Centro S.C.T. México				
5	635	Centro S.C.T. México				
6	635	Centro S.C.T. México				
7	635	Centro S.C.T. México				
8	635	Centro S.C.T. México				
9	635	Centro S.C.T. México				
10	635	Centro S.C.T. México				
11	635	Centro S.C.T. México				
12	635	Centro S.C.T. México				
13	635	Centro S.C.T. México				
14	635	Centro S.C.T. México				
15	635	Centro S.C.T. México				
16	635	Centro S.C.T. México				
17	635	Centro S.C.T. México				
				OSORIO	OSORIO	

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

DE CONFORMIDAD CON LOS ARTICULOS 8º DE LA LEY DEL I.S.S.S.T.E Y EL REGLAMENTO DE AFILIACION, VIGENCIA DE DERECH, / COBRANZA, SE PRESENTA EL SIGUIENTE: **AVISO DE MODIFICACION DEL SUELDO DEL TRABAJADOR**

DATOS DEL TRABAJADOR	
APellidos y Nombres	OSORIO FELIPE
Número de Seguridad Social	[REDACTED]
Identificación	[REDACTED]
Departamento	OSORIO
Clave de la Empresa	[REDACTED]

DATOS DEL EMPLEO	
Nombre de la Dependencia	SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES
Clave de Centro	00009
Categoría	63500
Telefono	722 236 06 20

Clave de Centro	[REDACTED]
Sueldo	[REDACTED]
Fecha de Emisión	12/20/2009
Nombre del Empleado	OSORIO FELIPE
Día	1º
Mes	12
Año	2009
Día de Pago	20

Sueldo Base	\$6,855.50
Sueldo Base de Dependencia	\$6,855.50
Retención Patronal	\$6,932.50
Clave de Centro	OA01

SELLO

C. ROSA MARIE BERIBEL MARTINEZ
 NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO FACULTADO

SELLO DE RECEPCION DEL I.S.S.S.T.E.

sueldo igual al de base de datos

ORIGINAL: PROCESO - CATAJO MANUAL DE ASEGURADOS

LEER INSTRUCCIONES AL REVERSO

00001000



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

DE CONFORMIDAD CON LOS ARTICULOS 8° DE LA LEY DEL I.S.S.S.T.E Y EL REGLAMENTO DE AFILIACION, VIGENCIA DE DERECHOS Y COBRANZA, SE PRESENTA EL SIGUIENTE: **AVISO DE MODIFICACION DEL SUELDO DEL TRABAJADOR**

DATOS DEL TRABAJADOR		CLAVE UNICA DE IDENTIFICACION	
ESTADO	OSORIO	ESTADO DE INGRESO	
PRESTACION	OSORIO	PRESTACION	
COLABORACION		COLABORACION	
PRESTACION		PRESTACION	

DATOS DEL EMPLEO		RUBRO		SALARIO	
SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES		00009		63500	
				722 236 06 20	

FECHA DE MODIFICACION DEL SUELDO		NOMBRE DEL TRABAJADOR	
DIA	1°	MES	12
AÑO	2009	DIA	20
MONTANTO ANTES DE LA MODIFICACION		\$6,855.50	
MONTANTO DESPUES DE LA MODIFICACION		\$6,855.50	
MONTANTO DE LA MODIFICACION		\$6,932.50	
MONTANTO DE LA MODIFICACION		OA01	

SELO

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES
 CENTRO DE CONTROL DE TRAFICO AEREO
 SUBDIRECCION DE CONTROL DE TRAFICO AEREO
 DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE TRAFICO AEREO
 C. ROSA MARTINEZ DEL VALLE DEL MARTINEZ
 NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO FACULTADO

SELO DE RECEPCION DEL I.S.S.S.T.E.

2a. COPIA TRABAJADOR

LEER INSTRUCCIONES AL REVERSO

0084

00001223

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

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

NOMBRES DEL TRABAJADOR		NOMBRE DEL TRABAJADOR SOCIAL		ENTIDAD	
[REDACTED]		[REDACTED]		[REDACTED]	
APPELLIDO DEL TRABAJADOR		APPELLIDO DEL TRABAJADOR SOCIAL		NOMBRE(S)	
OSORIO		OSORIO		FELIPE	
CLAVE UNICA DE IDENTIFICACION					
[REDACTED]					
CLAVE DE LA CLASIFICA					
[REDACTED]					
DATOS DEL EMPLEO					
SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES					
NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD					
[REDACTED]					
ISAPIC					
00009					
PASADURIA					
63500					
TELEFONO					
722 236 06 20					
CLAVE DE REGISTRO					
[REDACTED]					
NOMBRE					
[REDACTED]					
NOMBRE PATRONAL					
[REDACTED]					
DIA 1º					
MES 12					
AÑO 2009					
20					
RUBRO BÁSICO DE COTIZACIÓN ALTS SECTE					
\$6,855.50					
SUELDO BÁSICO DE AFILIACION AL SECTE					
\$6,855.50					
RENTA PROPORCIONAL					
[REDACTED]					
NOMBRE DEL SECTOR					
OA01					
RENTA PROPORCIONAL TOTAL					
\$6,932.50					

SELO
 SECRETARIA DE ADMINISTRACION Y TRANSPORTES
 CENTRO NACIONAL DE SERVICIOS
 SUBDIRECCION DE INVESTACION
 DEPARTAMENTO DE SUELDOS Y PAGOS
 C. ROSA MARTINEZ
 NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO FACULTADO

SELO DE RECEPCION DEL I.S.S.T.E.

1a. COPIA - DEPENDENCIA O ENTIDAD

LEER INSTRUCCIONES AL REVERSO

0083



SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

MEXICO, D.F. A 26 DE MAYO DE 2010

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

DECLARACION DE MODIFICACION PATRIMONIAL 2010

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARIA
NO. DE COMPROBACION: [REDACTED]

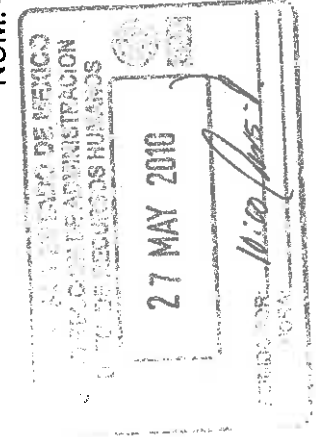
R.F.C.: [REDACTED]
NO. DE CERTIFICADO: [REDACTED]

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

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

CARACTERES DE AUTENTICIDAD DEL ACUSE [REDACTED]

NUM. 4593519



00001224

0082

**CENTRO SCT ESTADO DE MÉXICO
UNIDAD DE ASUNTOS JURÍDICOS
DEPARTAMENTO DE LO CONTENCIOSO
C.SCT.6.10.305.-1954/2010.**



SECRETARÍA DE
COMUNICACIONES
Y TRANSPORTES



**ASUNTO: SE REMITE ACUSE DE RECIBO
DE DECLARACION DE MODIFICACION
PATRIMONIAL**

Toluca, México, a 26 de mayo de 2010.

**C. L.A.E. VICTOR HUGO ORTÍZ RUÍZ
SUBDIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN
DEL CENTRO SCT ESTADO DE MÉXICO
P R E S E N T E.**

Por este conducto, hago referencia al oficio número C.SCT.6.10.411.0451/2010, de fecha 3 de mayo del año en curso, a través del cual el C. Director General de este Centro SCT hace mención del oficio número 09/200/01180/2010, de fecha 9 de abril del presente año, suscrito por el Titular del Área de Quejas del Órgano Interno de Control en esta Dependencia, por medio del cual recomienda establecer los mecanismos de control internos, con el propósito de que los servidores públicos que por encargo o funciones están obligados a presentar Declaración de Modificación Patrimonial, de acuerdo a lo señalado en el artículo 36 fracciones II y XII de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, cumplan con su obligación en tiempo.

Sobre el particular, envío a Usted acuse de DECLARACIÓN DE MODIFICACION PATRIMONIAL 2010, de fecha 26 de mayo de 2010, en el cual se manifiesta lo siguiente: "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".(sic)

Lo anterior, para los trámites a que haya lugar.

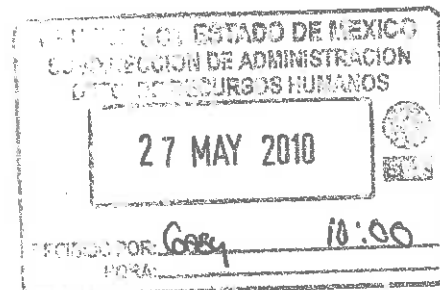
**ATENTAMENTE
EL JEFE DEL DEPARTAMENTO
DE LO CONTENCIOSO**

LIC. FELIPE OSORIO OSORIO.

C.c.p. Oscar Callejo Silva.- Director General del Centro SCT Estado de México.- Conocimiento.

C. Rosa María Bertha Berriel Martínez.- Jefa del Departamento de Recursos Humanos del Centro SCT Estado de México.- Conocimiento.

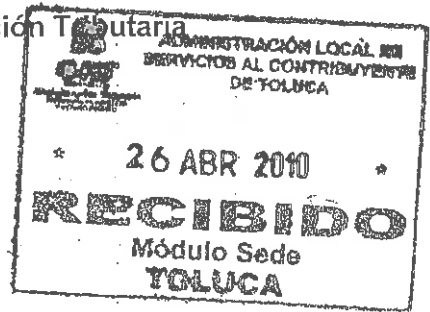
L'FOO*





SECRETARIA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO

Servicio de Administración Tributaria



OK

ADMINISTRACION LOCAL TOLUCA A 26 DE ABRIL DE 2010

COMPROBANTE DE INSCRIPCIÓN PARA LA FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA

NÚMERO DE OPERACIÓN

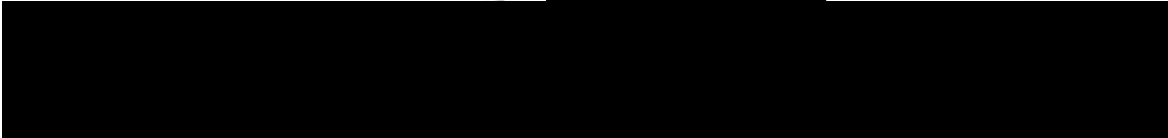


EL SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA CERTIFICA QUE EL CONTRIBUYENTE: FELIPE OSORIO OSORIO

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:



FIRMA DE CONFORMIDAD
NOMBRE: FELIPE OSORIO OSORIO
RFC: [REDACTED]

ADMINISTRACION LOCAL TOLUCA

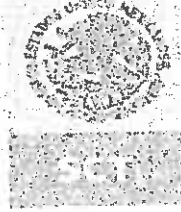
NOTA: PARA DESCARGAR POSTERIORMENTE SU CERTIFICADO DIGITAL, SI ASI LO REQUIERE, DEBERÁ ACCEDER A LA PÁGINA DE INTERNET DEL SAT (www.sat.gob.mx), EN LA SECCIÓN e-SAT, APARTADO "FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA (TU FIRM@)".

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.

"2010, Año de la Patria. Bicentenario del Inicio de la Independencia y Centenario del Inicio de la Revolución"

**CENTRO SCT ESTADO DE MÉXICO
UNIDAD DE ASUNTOS JURÍDICOS
DEPARTAMENTO DE LO CONTENCIOSO
C.SCT.6.10.305.-1520/2010.**

SECRETARÍA DE
COMUNICACIONES
Y TRANSPORTES



Toluca, México, a 26 de abril de 2010.

**C.L.A.E. VICTOR HUGO ORTIZ RUIZ
SUBDIRECTOR DE ADMINISTRACION
DEL CENTRO SCT ESTADO DE MÉXICO
P R E S E N T E.**

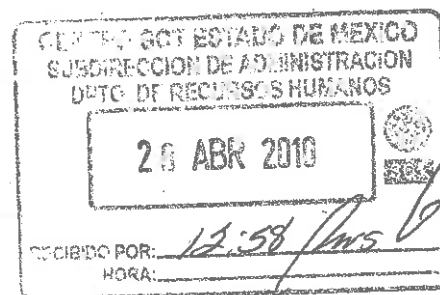
Por este conducto, hago referencia a su oficio SCT.6.10.411.0348/2010, de fecha 14 de abril de 2010, a través del cual informa que se deberá enviar copia del trámite de la Firma Electrónica Avanzada (FIEL), obligatoria para presentar la Declaración Patrimonial.

Sobre el particular, a efecto de dar cumplimiento a la instrucción precisada, adjunto al presente copia del COMPROBANTE DE INSCRIPCIÓN PARA LA FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA, otorgada por la Administración Local de Servicios al Contribuyente de Toluca del SAT, para los efectos respectivos.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

**ATENTAMENTE
EL JEFE DEL DEPARTAMENTO**


LIC. FELIPE OSORIO OSORIO.



C.c.p. C. Lic. Oscar Raúl Callejo Silva.- Director General del Centro SCT Estado de México.- Conocimiento.
C. Lic. Adrián Pedroza Reyes.- Jefe de la Unidad de Asuntos Jurídicos del Centro SCT Estado de México.- Conocimiento
C. Rosa María Bertha Berriel Martínez.- Jefa del Departamento de Recursos Humanos del Centro SCT Estado de México.- Conocimiento.

0079

Centro S.C.T. México
Subdirección de Administración
Departamento de Recursos Humanos
Of. No. SCT.6.10.411.447

ACUSE
Exp. Personal



Toluca, Méx., a 6 de Mayo del 2010.

C. FELIPE OSORIO OSORIO
PRESENTE

En atención al correo recibido el día 15 de abril del año en curso, del Lic. Rodrigo Hernández Zaragoza Jefe de Servicios de Enlace con Dependencias y Entidades de la Subdirección de Afiliación y Vigencia de Derechos ISSSTE, y de acuerdo a las instrucciones del Lic. Carlos Mercado Sánchez, y derivado de los acuerdos sostenidos en la reuniones del Comité de Oficiales Mayores en relación con los trabajadores de reingreso a que se refiere el artículo Décimo Sexto Transitorio de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, me permito enviar el formato de Reintegro de Indemnización Global y Solicitud de Acreditación de Tiempo de Cotización para el Cálculo del Bono de Pensión del Trabajador de Reingreso conforme a lo dispuesto en el Reglamento para el Otorgamiento de Pensiones del Régimen de Cuentas Individuales del ISSSTE.

Este formato se encuentra previamente llenado con los periodos de cotización con los que cuenta el Instituto, de acuerdo a los artículos 47,48 y 50 del Reglamento para el Otorgamiento de Pensiones del Régimen de Cuentas Individuales del ISSSTE, deberá entregar a la Delegación Estatal o Regional del Instituto el formato firmado, anexando en caso de que se requiera alguna modificación, la copia de la documentación soporte.

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

ATENTAMENTE
SUBDIRECTOR DE ADMINISTRACION

LAE. VICTOR HUGO ORTIZ RUIZ

Recibi oficio
Felipe Osorio Osorio
Felipe Osorio Osorio
7-Mayo-2010.
Recibi el dia
7/V/2010 Ana

c.c.p C. Rosa María Bertha Berriel Martínez.- Jefa del Departamento de Recursos Humanos del Centro México.-Presente.
CC. Delegados Administrativos.- Para su conocimiento.
VHOR/BBB/mtlv

0078



FORMATO DE REINTEGRO DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL Y SOLICITUD DE ACREDITACIÓN DE TIEMPO DE COTIZACIÓN PARA EL CÁLCULO DEL BONO DE PENSIÓN DEL TRABAJADOR DE RETORNO DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL REGLAMENTO PARA EL OTORGAMIENTO DE BENEFICIOS DEL RÉGIMEN DE CUENTAS INDIVIDUALES DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO



[Redacted]

FOLIO

FECHA DE EMISIÓN 13 04 2010
DIA MES AÑO
FECHA DE VIGENCIA 29 11 2009
DIA MES AÑO

Nombre: OSORIO OSORIO FELIPE

1 INFORMACIÓN CONTENIDA EN LA BASE DE DATOS ÚNICA DEL ISSSTE

FELIPE OSORIO OSORIO
NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO
Su fecha de nacimiento: [Redacted]
DIA MES AÑO
Promedio del sueldo básico en el último año anterior a la separación del servicio público: \$2,898.85 PESOS

HISTORIA DE PERIODOS DE COTIZACIÓN

CLAVE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD I.C.P.	NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD	FECHA ALTA			FECHA BAJA		
		DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
6091121	SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES QUINTANA ROO	01	03	2002	16	04	2002

2 PERIODOS CON INDEMNIZACIÓN GLOBAL QUE NO ESTÁN CONSIDERADOS EN LA HISTORIA LABORAL

CLAVE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD I.C.P.	NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD	FECHA ALTA			FECHA BAJA		
		DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO

El importe total a pagar por concepto de reintegro de indemnización global para considerar estos periodos como cotizados es: N/A PESOS

- Manifiesto bajo protesta de decir verdad, que no recibí la Indemnización Global que contempló la Ley del ISSSTE en vigor al 31 de marzo de 2007.
- Manifiesto bajo protesta de decir verdad, que no deseo reintegrar el monto de la Indemnización Global que me fue otorgada.
- Manifiesto bajo protesta de decir verdad, recibí la Indemnización Global que contempló la Ley del ISSSTE en vigor al 31 de marzo de 2007 y que conforme a los procedimientos aplicables por el Instituto realicé la devolución de ésta, lo cual acredito con el Recibo de Caja Oficial emitido por el ISSSTE.

Unido a la resolución relativa a la Acreditación de Tiempo de Cotización, el ISSSTE emitirá, según corresponda, la Constancia a que se refiere el Artículo 44 del Reglamento para el otorgamiento de pensiones del régimen de cuentas individuales del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Revise cuidadosamente que sus datos estén correctos; si alguno requiere actualización deberá llenar en el siguiente recuadro la Solicitud de Corrección de Datos para el Cálculo del Bono de Pensión.

SOLICITUD DE CORRECCIÓN DE DATOS

Nombre Fecha de Nacimiento Sueldo Básico
 Periodos de Cotización CURP

El(los) dato(s) correcto(s) es(son) el(los) siguiente(s)

NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO
Fecha de Nacimiento: _____
DIA MES AÑO
Promedio del sueldo básico en el último año anterior a la separación del servicio público: _____ PESOS



FORMATO DE REÍNTREGO DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL Y SOLICITUD DE ACREDITACIÓN DE TIEMPO DE COTIZACIÓN PARA EL CÁLCULO DEL BONO DE PENSIÓN DEL TRABAJADOR DE REÍNTREGO CONFORME A LO DISPUESTO EN EL REGLAMENTO PARA EL OTORGAMIENTO DE PENSIONES DEL RÉGIMEN DE CUENTAS INDIVIDUALES DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO



FOLIO

5022949

4 AMPLIACIÓN DE LOS PERÍODOS DE COTIZACIÓN AL ISSSTE						
NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD	FECHA ALTA			FECHA BAJA		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO

Los períodos simultáneos de cotización sólo cuentan una vez y los períodos de licencia sin goce de sueldo no se consideran para el cálculo del Bono de Pensión.

Para realizar el trámite deberá presentar este formato suscrito, con su huella digital, adjuntando original para su cotejo y copia de su identificación oficial y entregarlo en el Área de Recursos Humanos de su Dependencia o Entidad o en el Departamento de Afiliación y Prestaciones Económicas de la Delegación del ISSSTE más cercana a su domicilio.

Para corrección de Sueldo Básico: Original y copia de su(s) comprobante(s) de pago; para corrección de Tiempo de Cotización: Original y copia de las Hojas Únicas de Servicios; para corrección de Fecha de nacimiento o Nombre: Copia certificada y copia simple del Acta de Nacimiento o CURP.

5 DATOS DE CONTACTO			
DOMICILIO PARTICULAR:			
CALLE	NO.EXTERIOR	NO.INTERIOR	COLONIA
C.P.	DELEGACIÓN O MUNICIPIO	CIUDAD	ENTIDAD FEDERATIVA
(LADA)TELEFONO	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	
DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO:			
NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD			
CALLE	NO.EXTERIOR	NO.INTERIOR	COLONIA
C.P.	DELEGACIÓN O MUNICIPIO	CIUDAD	ENTIDAD FEDERATIVA
(LADA)TELEFONO	EXTENSIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	

SOLICITUD DE ACREDITACIÓN DE TIEMPO DE COTIZACIÓN Y CONFIRMACIÓN DE DATOS

Por medio del presente documento yo, _____

NOMBRE

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

Solicito la acreditación de mi tiempo de cotización y el depósito del bono de pensión que me corresponde en mi Cuenta Individual, de conformidad con la información establecida en el presente Documento, atendiendo así a lo señalado y para los efectos de los artículos 45 y 46 del Reglamento para el otorgamiento de pensiones del régimen de cuentas individuales del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Declaro bajo protesta de decir verdad que las manifestaciones e información que proporciono al ISSSTE es cierta, y me doy por apercibido(a) de que al declarar falsamente o realizar alteración de documentos considerados para el reintegro de la indemnización global, la acreditación de sueldo básico, año de nacimiento y/o períodos de cotización, me haré acreedor(a) a las responsabilidades administrativas, resarcitorias, civiles o penales que correspondan conforme a la legislación aplicable al respecto.

NOMBRE, FIRMA Y CARGO DEL SERVIDOR PÚBLICO QUE
RECIBE EN LA DEPENDENCIA O ENTIDAD

DEPENDENCIA O ENTIDAD

FIRMA DEL TRABAJADOR_____
HUELLA DIGITAL

CONSTANCIA DE SUELDOS, SALARIOS, CONCEPTOS ASIMILADOS, 00001231
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	[REDACTED]
Clave única de registro de población	[REDACTED]
Apellido Paterno	OSORIO
Apellido Materno	OSORIO
Nombre(s)	FELIPE
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
PROPORCIÓN DEL SUBSIDIO	
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	NO
Monto de las aportaciones voluntarias deducibles para trabajadores que realizarán su declaración	0075
Monto de las aportaciones voluntarias deducibles aplicadas por el patrón	

*Recibi Original.
 12 - Abril - 2010.
 C. Felipe Osorio O.*

Anexo 1 - Pagos del Patrón Efectuados a sus Trabajadores

Sueldos, salarios, rayas y jornales gravado	201956
Sueldos, salarios, rayas y jornales exento	0
Gratificación anual gravado	18123
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	1463
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	4194
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

0074

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
IMPUESTO SOBRE LA RENTA POR SUELDOS Y SALARIOS	
Suma del ingreso GRAVADO por sueldos y salarios	224141
Suma del ingreso EXENTO por sueldos y salarios	7499
Impuesto retenido durante el ejercicio que declara	33139
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	231640
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	231640
Ingresos exentos	7499
Total de las aportaciones voluntarias deducibles	
Ingresos no acumulables	0
Ingresos acumulables	224141
ISR conforme a la tarifa anual	0
Subsidio acreditable	
Subsidio no acreditable	
Monto del subsidio acreditable fracción III (sólo para 2001)	

00001234

Monto del subsidio acreditable fracción IV (sólo para 2001)	
Impuesto sobre ingresos acumulables	0
Impuesto sobre ingresos no acumulables	0000
Impuesto sobre la renta causado en el ejercicio que declara	0
Impuesto retenido al contribuyente	33139
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. S. 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 numero de folio de operación 51694072, así mismo, SI () o NO(X) se realizó el calculo anual en los términos que establece la ley de LISR *

0072

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

CREDECIAL No. [REDACTED]

COMO SERVIDOR PÚBLICO DE ESTA
DEPENDENCIA ADSCRITO A:

CENTRO SCT ESTADO DE MÉXICO

EN SU CARÁCTER DE:

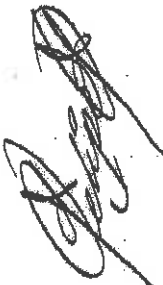
JEFE DE DEPARTAMENTO DE LO
CONTENCIOSO



EL C. DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS HUMANOS

SE SOLICITA A LAS AUTORIDADES CIVILES Y MILITARES SU APOYO
OPORTUNO Y EFICAZ PARA QUE EL TITULAR DE LA PRESENTE PUEDA
EFECTUAR ACTOS INHERENTES A SU CARGO.

[REDACTED]



EL C. SERVIDOR PÚBLICO

LA PRESENTE ACREDITA LA PERSONALIDAD DEL C.

FELIPE OSORIO OSORIO

FILIACIÓN:

CURP:

CÓDIGO: CFOA001

PUESTO: JEFE DE DEPARTAMENTO

SOCIEDAD SOLINO Y SOC. DE AVINA
00181932
Recibi Carnet original
20 ENE 02
11:50 Hs
Lefria

MetLife®

OSORIO OSORIO FELIPE



Cuidamos lo que amas de la vida.

BV-2-001

www.metlife.com.mx

01-800-00 METLIFE (638-5433)

VER.1

0070

000010000

**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		
OSORIO OSORIO FELIPE / 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: \$

RELACION DE ASEGURADOS										
Número de	Fecha de Alta	Fecha de Baja	Nombre Completo	Edad	Sexo	Categoría	Nivel de Cobertura	Suma Asegurada	Deducible	Coaseguro
[REDACTED]										

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

"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 07 de ENERO de 2010

0069

METLIFE MÉXICO, S.A.

00001238

"2009, Año de la Reforma Liberal"

CENTRO SCT MÉXICO

SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN

DEPTO. DE RECURSOS HUMANOS

OF. NUM. C. SCT.6.10.411.1070/2009

SECRETARÍA DE COMUNICACIONES
Y TRANSPORTES
ORGANO INTERNO DE CONTROL EN LA SCT

17 DIC 17 PM 1 42

Toluca, México; a 17 de Diciembre de 2009

RECIBIDO
OFICIA DE PARTESSECRETARÍA DE
COMUNICACIONES
Y TRANSPORTES

LIC. JOSE HERRERA PINEDA
EL TITULAR DEL AREA DE QUEJAS
MEXICO, D.F.

001313

En atención al Oficio No. 09/200/004783/2009 de fecha 27 de noviembre del año en curso y recibido el 15 de diciembre del 2009 en el Departamento de Recursos Humanos, mediante el cual solicita sean firmados los formatos de condiciones de uso de medios de identificación electrónica, del personal adscrito a este Centro SCT.

Sobre el particular, me permito enviar a usted dichos formatos debidamente firmados por lo trabajadores que se relacionan a continuación:

NOMBRE	OBSERVACIONES
ALBARRAN MEJIA JULIA CARMEN	SE ENVIA FORMATO FIRMADO
ANTUNEZ ROGEL CARLOS	
AVILA ALVARADO LETICIA	SE ENVIA FORMATO FIRMADO
CALDERON GARCIA MARIO AGUSTIN	SE ENVIA FORMATO FIRMADO
FLORENCIO IRRA TOMAS	SE ENVIA FORMATO FIRMADO
GARCIA RODRIGUEZ LAURO	SE ENVIA FORMATO FIRMADO
GUTIERREZ ARANDA ALEJANDRO	SE ENVIA FORMATO FIRMADO
LOPEZ RAMIREZ JESUS	SE ENVIA FORMATO FIRMADO
LUQUEÑO CASTAÑEDA EZEQUIEL	SE ENVIA FORMATO FIRMADO
MARIN CASTAÑEDA SONIA MARGARITA	SE ENVIA FORMATO FIRMADO
OCAMPO GARCIA ELIAS	SE ENVIA FORMATO FIRMADO
OSORIO OSORIO FELIPE	SE ENVIA FORMATO FIRMADO
PEREZ GONZALEZ RAYMUNDO	
RAYON JOSE ARMANDO	
ROBLES LOPEZ MONICA	SE ENVIA FORMATO FIRMADO
ROBLES ROSAS BERTHA	SE ENVIA FORMATO FIRMADO
RODRIGUEZ HERNANDEZ ADRIAN ANGEL	SE ENVIA FORMATO FIRMADO
ROJAS CABRERA MAURICIO	SE ENVIA FORMATO FIRMADO
ROJAS FLORES JUANA INES	SE ENVIA FORMATO FIRMADO
TREJO GOMEZ FELIPE ARTURO	SE ENVIA FORMATO FIRMADO
URBINA MONCAYO ALVARO GENARO	SE ENVIA FORMATO FIRMADO
VILLEGAS HERNANDEZ GABRIEL	
ZUÑIGA RODRIGUEZ ROSA MARIA	SE ENVIA FORMATO FIRMADO

CENTRO SCT ESTADO DE GUERRERO
SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

17 DIC 2009

OFICINA DE SERVICIOS GENERALES

RECIBIDO

0068

Continúa hoja 2...

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

ATENTAMENTE
EL DIRECTOR GENERAL

ING. SANTIAGO RICO GALINDO

CON FUNDAMENTO EN EL ARTÍCULO 50 DEL REGLAMENTO INTERIOR DE LA SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES, PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN DE FECHA 8 DE ENERO DE 2009, DE ACUERDO AL CUAL LAS AUSENCIAS DE LOS TITULARES DE LAS COORDINACIONES, UNIDADES, DIRECCIONES GENERALES, ÓRGANOS ADMINISTRATIVOS DESCONCENTRADOS Y DE LOS DIRECTORES GENERALES DE LOS CENTROS SCT, SERÁN SUPLIDAS POR LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL NIVEL JERÁRQUICO INMEDIATO INFERIOR QUE DE ELLOS DEPENDAN, EN LOS ASUNTOS DE SUS RESPECTIVAS COMPETENCIAS, POR LO QUE EN AUSENCIA DEL ING. SANTIAGO RICO GALINDO, DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO SCT ESTADO DE MÉXICO, ES SUPLIDO POR EL C. LAE. VICTOR HUGO ORTIZ RUIZ, SUBDIRECTOR DE ADMINISTRACION DEL MISMO CENTRO SCT, QUIEN FIRMA EL PRESENTE OFICIO.

EL SUBDIRECTOR DE ADMINISTRACION



LAE. VICTOR HUGO ORTIZ RUIZ

C.c.p.- Rosa Maria Bertha Berriel Martinez.-Jefe del Departamento de Recursos Humanos.-Presente.
RMBBM/mamg.

**FORMATO DE CONDICIONES DE USO DE MEDIOS DE IDENTIFICACION
ELECTRONICA**

Oscar Alex

**Secretaría de la Función Pública
Presente.**

El que suscribe, cuyos datos de identificación aparecen al calce, bajo protesta de decir verdad, manifiesto lo siguiente:

- I. Reconozco como propia y auténtica la información que en lo sucesivo envíe por medios de comunicación electrónica, que a su vez se distinga por el medio de identificación electrónica certificado por la Secretaría de la Función Pública con número de serie [REDACTED]
- II. Que he recibido a mi entera satisfacción el certificado digital que utilizaré en sustitución de la firma autógrafa en la documentación que envíe por medios remotos de comunicación electrónica, mismo que reconozco como propio y auténtico;
- III. Acepto que el uso de su certificado digital por persona distinta, quedará bajo mi exclusiva responsabilidad;
- IV. Que notificaré oportunamente a la Secretaría de la Función Pública, para efectos de su invalidación, la pérdida o cualquier otra situación que pudiera implicar la reproducción o uso indebido de mi certificado digital;
- V. Estoy de acuerdo en que podré ser requerido para el reenvío de la información por la Secretaría de la Función Pública o por cualquier otra autoridad cuando los archivos enviados contengan virus informáticos o no puedan abrirse por cualquier causa motivada por problemas técnicos;
- VI. Acepto que el uso del certificado digital está sujeto a los lineamientos emitidos para tal fin por la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo; en el acuerdo publicado el 19 de abril de 2002 en el Diario Oficial de la Federación.
- VII. Asumo cualquier tipo de responsabilidad derivada del mal uso que haga de mi certificado digital o de la que con tal motivo se le haga a la red de comunicaciones de la Secretaría de la Función Pública, y
- VIII. Que el número de serie de mi certificado digital es [REDACTED] y tiene vigencia de [REDACTED]

El presente lo firmo con fecha actual, para todos los efectos legales a que hubiere lugar.

ATENTAMENTE



FELIPE OSORIO OSORIO
[REDACTED]

Consentimiento para ser Asegurado y designación de Beneficiario 00001241

Del Seguro contratado por los Poderes de la Unión en favor de los Servidores Públicos.

MetLife

Folio [REDACTED]

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

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 concierte(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 concierte(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, quién 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)

Toluca, Estado de México

Ciudad / Estado

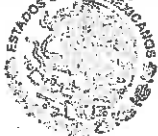
Fecha 12 XI 2001

Día Mes Año

MetLife México, S.A., pagará la Suma Asegurada que corresponda, 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.



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

[Handwritten signature and stamp 0085]

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".

Asegurado

Consentimiento para ser Asegurado y designación de Beneficiarios

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

00001242

MetLife

Folio AA 654171

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

Osorio

Osorio

Felipe

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

así como de aquel(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 se 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, quién 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]

Toluca, Estado de México

Ciudad / Estado

Fecha 12/11/2009

Día Mes Año

MetLife México, S.A., pagará la Suma Asegurada que corresponda, 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.



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

[Handwritten signature]

0064

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**



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

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR			FORMA DE PAGO	
OSORIO OSORIO FELIPE 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:	\$ [REDACTED]
VIGENCIA		FORMA DE PAGO		
DE LAS 00 Hrs. DIA MES AÑO	A LAS 24 Hrs. DIA MES AÑO	MENSUAL		
01/10/2009	31/12/2009			

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

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA	DEDUCIBLE	COASEGURO	NIVEL DE TARIFA
BASICA	SMGM	[REDACTED]	[REDACTED]	SM
COBERTURA EN EL EXTRANJERO	SMGM	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
PREEXISTENCIA	SMGM	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
DEPORTES PELIGROSOS	SMGM	[REDACTED]	[REDACTED]	SM
PADECIMIENTOS CONGENITOS	SMGM	[REDACTED]	[REDACTED]	SM
RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
AMBULANCIA AEREA	SMGM	[REDACTED]	[REDACTED]	SM
PARTO NORMAL Y ABORTO INVOLUN.	SMGM	[REDACTED]	[REDACTED]	SM
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	SMGM	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

"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 04 de NOVIEMBRE de 2009

0063
[Signature]
METLIFE MÉXICO, S.A.


00001244

~~00001244~~

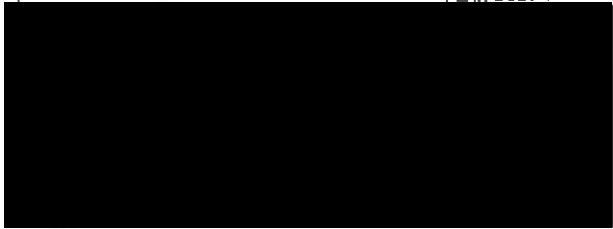
MetLife 

GASTOS MÉDICOS MAYORES MédicaLife



MetLife 


GASTOS MÉDICOS MAYORES MédicaLife
PLAN GUBERNAMENTAL



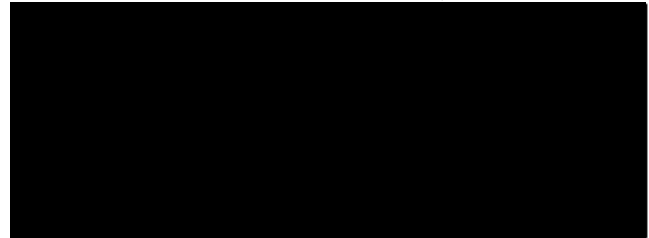
MetLife 

GASTOS MÉDICOS MAYORES MédicaLife



MetLife 

GASTOS MÉDICOS MAYORES MédicaLife
PLAN GUBERNAMENTAL

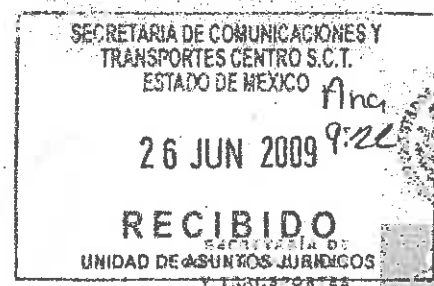


0062

"2009", Año de la Reforma Liberal"
CENTRO SCT MÉXICO
SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
DEPTO. DE RECURSOS HUMANOS
NO. OF. SCT.6.10.471.0538/2009

Toluca, Méx; a 26 de junio de 2009.

LIC. FELIPE OSORIO OSORIO
JEFE DE DEPTO. DE LO CONTENCIOSO
PRESENTE.



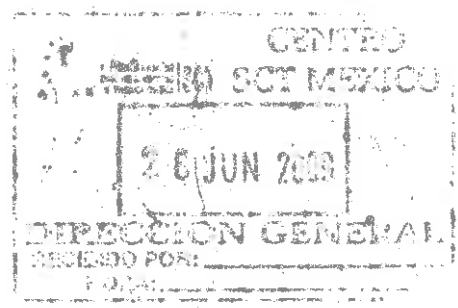
Por medio del presente y en atención al oficio número 09/200/1703/2009, de fecha 18 de junio del año en curso, me permito exhortarle a usted que su Declaración de Modificación Patrimonial tendrá que presentarla a más tardar el 30 de Junio del 2009, ya que de acuerdo a lo previsto en el artículo 37, fracción III de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, deberá presentar dicha declaración con oportunidad de acuerdo al artículo 8 fracción XV de la citada Ley, con fundamento en los artículos 80, fracción III numeral 6 del Reglamento Interior de la Secretaría de la Función Pública y 8 fracción XVI de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.

Sobre el particular, le informo que deberá acatar lo anterior para evitar incurrir en observancia a lo previsto por la Ley, aclarando que es de su absoluta responsabilidad el cumplimiento de dicha declaración.

Sin otro particular, le envío un cordial saludo.

ATENTAMENTE
SUBDIRECTOR DE ADMINISTRACION

LAE. VICTOR HUGO ORTIZ RUIZ



RECIBI ORIGINAL.
LIC. FELIPE OSORIO OSORIO
26-JUN-09
12:30 hrs.

- C.c.p. -- Ing. Santiago Rico Galindo.-Director General del Centro SCT (Presente)
- Lic. Adrián Pedroza Reyes.-Jefe de la Unidad de Asuntos Jurídicos.-presente.
- C. Rosa María Bertha Berriel Martínez.-Jefa del Departamento de Recursos Humanos.- Edificio.

RMBB/mamg.

00001248

"2009, Año de la Reforma Liberal"

**CENTRO SCT MÉXICO
UNIDAD DE ASUNTOS JURÍDICOS
SCT.6.10.305.-2119/2009.**

Bertha control

Toluca, México, a 29 de junio de 2009.

**C. L.A.E. VICTOR HUGO ORTÍZ RUÍZ
SUBDIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN
DEL CENTRO SCT MÉXICO
PRESENTE.**

SECRETARÍA DE ECONOMÍA
CENTRO SCT ESTADO DE MÉXICO
SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
DPTO. DE RECURSOS HUMANOS

30 JUN 2009

RECIBIDO POR: *13:46 hrs*
HORA:

Por este conducto, hago referencia a su similar numero SCT.6.10.411.0538/2009, de fecha 25 de junio del año en curso, a través del cual en atención al oficio número 09/200/1703/2009, de fecha 18 de junio del presente año, se exhorta al suscrito a presentar la Declaración de Modificación Patrimonial a más tardar el 30 de junio del año que cursa, ya que de acuerdo a lo previsto en el artículo 37 fracción III de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, deberá presentarse dicha declaración con oportunidad de acuerdo a lo establecido en los artículos 8 fracciones XV y XVI de la Ley citada y 80 fracción III numeral 6 del Reglamento Interior de la Secretaría de la Función Pública.

Sobre el particular, atendiendo a lo solicitado, envío a Usted acuse de DECLARACIÓN DE MODIFICACION PATRIMONIAL, de fecha 29 de junio de 2009, en el cual se manifiesta lo siguiente: "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".(sic)

Lo anterior, para los tramites a que haya lugar.

**ATENTAMENTE
EL JEFE DEL DEPARTAMENTO
DE LO CONTENCIOSO**

LIC. FELIPE OSORIO OSORIO.

C.c.p. C. Ing. Santiago Rico Galindo.- Director General del Centro SCT México.- Conocimiento.
C. Rosa María Bertha Berriel Martínez.- Jefa del Departamento de Recursos Humanos del Centro SCT México.- Conocimiento.

L'FOO*

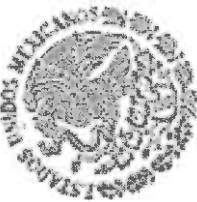
CENTRO SCT ESTADO DE MEXICO
SUBDIRECCION DE ADMINISTRACION
~~DEPARTAMENTO DE RECURSOS FINANCIEROS E INGRESOS~~

30 JUN 2009

~~SECRETARIA DE INGRESOS~~

RECIBIDO POR: *Araceli*
HORA: *10:45*

0060



SECRETARIA DE LA FUNCION PUBLICA

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARIA
NO. DE COMPROBACION
R.F.C.
NO. DE CERTIFICADO

MEXICO, D.F. A 29 DE JUNIO DE 2009

C. FELIPE OSORIO OSORIO
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 [REDACTED] CON CARACTERES DE AUTENTICIDAD [REDACTED] EL CUAL INCORPORA FIRMA ELECTRONICA, EN SUSTITUCION DE LA AUTOGRAFA Y CON EL MISMO VALOR PROBATORIO.

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

CARACTERES DE AUTENTICIDAD DEL ACUSE [REDACTED]

CENTRO SCT ESTADO DE MEXICO	
SUBDIRECCION DE ADMINISTRACION	
DFTO. DE RECURSOS HUMANOS	
30 JUN 2009	
RECIBIDO POR:	19:17 hrs
HORA:	

00001247

0059

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

DE CONFORMIDAD CON LOS ARTICULOS 6° DE LA LEY DEL I.S.S.S.T.E.Y 14 DEL REGLAMENTO DE AFILIACION, VIGENCIA DE DEFERENCIAS Y COBRANZA REPRESENTA EL SIGUIENTE: **AVISO DE AFILIACION DEL TRABAJADOR**

I.S.S.S.T.E.

DATOS DEL TRABAJADOR

IDENTIFICACION: [REDACTED]

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL: [REDACTED]

APRENDIZAJE: [REDACTED]

DOMICILIO: CALLE [REDACTED] **OSORIO**

MUNICIPIO DE REGISTRO: [REDACTED]

DATOS DEL TRABAJADOR

NUMERO DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD: [REDACTED]

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

DOMICILIO: CALLE [REDACTED] **OSORIO**

MUNICIPIO DE REGISTRO: [REDACTED]

DATOS DEL TRABAJADOR

NUMERO DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD: [REDACTED]

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

DOMICILIO: CALLE [REDACTED] **OSORIO**

MUNICIPIO DE REGISTRO: [REDACTED]

DATOS DEL TRABAJADOR

NUMERO DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD: [REDACTED]

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

DOMICILIO: CALLE [REDACTED] **OSORIO**

MUNICIPIO DE REGISTRO: [REDACTED]

DATOS DEL TRABAJADOR

NUMERO DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD: [REDACTED]

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

DOMICILIO: CALLE [REDACTED] **OSORIO**

MUNICIPIO DE REGISTRO: [REDACTED]

DATOS DEL TRABAJADOR

NUMERO DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD: [REDACTED]

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

DOMICILIO: CALLE [REDACTED] **OSORIO**

MUNICIPIO DE REGISTRO: [REDACTED]

DATOS DEL TRABAJADOR

NUMERO DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD: [REDACTED]

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

DOMICILIO: CALLE [REDACTED] **OSORIO**

MUNICIPIO DE REGISTRO: [REDACTED]

DATOS DEL TRABAJADOR

NUMERO DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD: [REDACTED]

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

DOMICILIO: CALLE [REDACTED] **OSORIO**

MUNICIPIO DE REGISTRO: [REDACTED]

DATOS DEL TRABAJADOR

NUMERO DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD: [REDACTED]

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

DOMICILIO: CALLE [REDACTED] **OSORIO**

MUNICIPIO DE REGISTRO: [REDACTED]

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

Base

0058

INSTRUMENTO DE LLENADO

<p>DATOS DEL TRABAJADOR</p> <p>CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION (C.U.F.) ANOTAR LA CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION DEL TRABAJADOR ASIGNADA POR LA SECRETARIA DE GOBERNACION. CONSTA DE 18 CARACTERES, INCLUIDO EL DIGITO VERIFICADOR.</p> <p>ANOTAR EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES DEL TRABAJADOR ASIGNADO POR LA SECRETARIA DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO.</p> <p>NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL EL NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL CONSTA DE 11 CARACTERES, INCLUIDO EL DIGITO VERIFICADOR. - SI EL TRABAJADOR ES O FUE AFILIADO AL I.M.S.S.: ANOTAR EL NUMERO DE AFILIACION ANTE DICHO INSTITUTO. - SI EL TRABAJADOR REINGRESA COMO COTIZANTE AL I.S.S.S.T.E.: ANOTAR EL NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL ASIGNADO POR ESTE INSTITUTO. - SI EL TRABAJADOR NO HA SIDO AFILIADO AL I.M.S.S. Y NO HA COTIZADO AL I.S.S.S.T.E. PREVIAMENTE A ESTA ALTA, DEJAR EL ESPACIO EN BLANCO.</p> <p>ENTIDAD DE NACIMIENTO ANOTAR EL NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA EN QUE NACIO.</p> <p>ESTADO CIVIL ANOTAR EL NUMERO QUE CORRESPONDA AL ESTADO CIVIL DEL TRABAJADOR CONFORME A LO SIGUIENTE: 1. SOLTERO (A) 2. CASADO (A)</p> <p>SEXO CRUZAR EL CUADRO CORRESPONDIENTE AL SEXO DEL TRABAJADOR: H . HOMBRE M . MUJER</p> <p>APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S) ANOTAR LOS APELLIDOS PATERNO Y MATERNO Y EL (LOS) NOMBRES (S) COMPLETO (S).</p> <p>DOMICILIO: CALLE No. EXTERIOR No. INTERIOR ANOTAR EL NOMBRE DE LA CALLE Y LOS NUMEROS EXTERIOR E INTERIOR.</p> <p>LOCALIDAD O COLONIA ANOTAR EL NOMBRE DE LA LOCALIDAD O DE LA COLONIA</p>	<p>EL FORMATO NUMERICO DD-MM-AAAA. NOMBRAMIENTO ANOTAR EL NUMERO QUE CORRESPONDA AL P.O. DE NOMBRAMIENTO DEL TRABAJADOR CONFORME A LO SIGUIENTE: 10 BASE 20 CONFIANZA 30 EVENTUAL 40 BASE / LISTA DE RAYA 50 LISTA DE RAYA 60 COMUNICACION 70 PENSIONISTA 80 APORTACION VOLUNTARIA (S.A.R.) 90 APORTACION VOLUNTARIA (S.A.R.)</p> <p>SUELDO BASICO DE COTIZACION AL I.S.S.S.T.E. ANOTAR EN PESOS Y CENTAVOS EL SUELDO BASICO DE COTIZACION MENSUAL AL I.S.S.S.T.E. SUELDO BASICO DE APORTACION AL S.A.R. ANOTAR EN PESOS Y CENTAVOS EL SUELDO BASICO DE APORTACION MENSUAL AL SISTEMA DE AHORRO PARA EL RETIRO</p> <p>REMUNERACION TOTAL ANOTAR EN PESOS Y CENTAVOS EL INGRESO MENSUAL DEL TRABAJADOR CONSIDERANDO TODAS LAS PRESTACIONES ECONOMICAS DE CARACTER PERMANENTE</p> <p>NIVEL SALARIAL ANOTAR EL NIVEL SALARIAL DE ACUERDO CON EL TABULADOR DE SUELDOS AUTORIZADO A LA DEPENDENCIA O ENTIDAD EN QUE LABORA EL TRABAJADOR.</p> <p>FIRMA DEL TRABAJADOR FIRMA AUTOGRAFA DEL TRABAJADOR</p> <p>SELLO / NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO FACULTADO ANOTAR EL NOMBRE Y LA FIRMA AUTOGRAFA DEL FUNCIONARIO FACULTADO POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD PARA AUTORIZAR NOMBRAMIENTOS AFILIADOS ANTE EL I.S.S.S.T.E. IMPRIMIR SELLO DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD.</p> <p>SELLO DE RECEPCION DEL I.S.S.S.T.E. PARA USO EXCLUSIVO DEL I.S.S.S.T.E.</p> <p>NOTA IMPORTANTE UTILIZAR MAQUINA DE ESCRIBIR ANOTAR EN CADA ESPACIO EXCLUSIVAMENTE EL DATO QUE SE SOLICITA NO SE ACEPTARAN AVISOS QUE PRESENTEN FIRMAS, INSCRIPCIONES O ENNEBROGURAS.</p>
--	---

INFORMANTE

EL ARTICULO 6° DE LA LEY DEL I.S.S.S.T.E. ESTABLECE LA OBLIGACION DE COMUNICAR A ESTE INSTITUTO LA ALTA DEL TRABAJADOR DENTRO DE LOS 30 DIAS SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE OCURRA:

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

DE CONFORMIDAD CON LOS ARTICULOS 6º DE LA LEY DEL I.S.S.T.E.Y 14
DEL REGLAMENTO DE AFILIACION, VIGENCIA DE DERECHOS Y
PREVISIONES SIGUIENTE:
J. S. GONZALEZ
AVISO DE ALTA DEL TRABAJADOR
DEPARTAMENTO DE AFILIACION Y VIGENCIA

ESTADO DE TLAHUACALCO
GRANDE UNIDAD DE REGISTRO Y AFILIACION DE TRABAJADORES
TEL: 001/64209411

DATOS DEL TRABAJADOR	
PRENOMINADO	[REDACTED]
NUMERO DE	[REDACTED]
COMUNIDAD: CALLE	OSORIO
INDICACION DEL REGISTRO	[REDACTED]
INDICACION DEL REGISTRO	OSORIO
INDICACION DEL REGISTRO	FELIPE

DATOS DEL TRABAJADOR	
NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD	
SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES	
BOQUILLA: CALLE	
CALLE IGUALDAD	
NUMERO	
100	
MUNICIPIO O DELEGACION POLITICA	
TOLUCA	
ENTIDAD FEDERATIVA	
MEXICO	
RUBRO	
00009	
PAGA HABER	
63500	
TELEFONO	
722 236 06 20	
SANTIAGO TLAXOMULCO	

CANTON DE GOBIERNO		FIRMA DEL TRABAJADOR	
FECHA DE NUESTRO		SELO	
DIA	MES	AÑO	DIA
1º	09	2008	20
SUBELEGACION DE CONTRATACIONAL I.S.S.T.E.			
\$6,855.50		SELO	
SUBELEGACION DE PRESTACIONES DE SERVICIOS		SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES	
\$6,855.50		CENTRO 8 C 7 DE LA CIUDAD DE MEXICO	
SEMI-RENTA DE VIVIENDA		C. ROSA MARIA MARTINEZ	
\$6,928.50		DEPARTAMENTO DE AFILIACION Y VIGENCIA	
SEMI-RENTA DE VIVIENDA		NOMBRE Y TRUDEL DEL FUNCIONARIO PAGADOR	
\$6,928.50		OA001	

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
 SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES
 CENTRO 8 C 7 DE LA CIUDAD DE MEXICO
 DEPARTAMENTO DE AFILIACION Y VIGENCIA
 NOMBRE Y TRUDEL DEL FUNCIONARIO PAGADOR
 24. COPIA: TRABAJADOR

SUBDELEGACION DE PRESTACIONES
 DELEGACION DE MEX
 50280
 SUBELEGACION DE DEPTO
 DE AFILIACION Y VIGENCIA
 16 DIC 2008
 SELO DE RECEPCION DEL I.S.S.T.E.

DATOS DEL TRABAJADOR

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION (C.U.R.F.) ANOTAR LA CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION DEL TRABAJADOR ASIGNADA POR LA SECRETARIA DE GOBERNACION.

CONSTA DE 18 CARACTERES, INCLUIDO EL DIGITO VERIFICADOR.

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

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

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

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

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

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

ESTADO CIVIL ANOTAR EL NUMERO QUE CORRESPONDA AL ESTADO CIVIL DEL TRABAJADOR CONFORME A LO SIGUIENTE:

1. SOLTERO (V) 2. CASADO (V) SEXO CRUZAR EL CUADRO CORRESPONDIENTE AL SEXO DEL TRABAJADOR:

H. HOMBRE M. MUJER APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S) NOMBRAS (S) COMPLETO (S).

DOMICILIO: CALLE No. EXTERIOR No. INTERIOR ANOTAR EL NOMBRE DE LA CALLE Y LOS NUMEROS EXTERIOR E INTERIOR.

LOCALIDAD O COLONIA ANOTAR EL NOMBRE DE LA LOCALIDAD O DE LA COLONIA

MUNICIPIO O DEL ESTADO

- EN EL INTERIOR ANOTAR EL NOMBRE DEL MUNICIPIO. - EN EL DISTRITO FEDERAL ANOTAR EL NOMBRE DE LA DELEGACION POLITICA.

ENTIDAD FEDERATIVA ANOTAR EL NOMBRE DEL ESTADO CODIGO POSTAL ANOTAR EL CODIGO POSTAL DEL DOMICILIO NOMBRE Y CLAVE DE LA CLINICA PARA USO EXCLUSIVO DEL I.S.S.S.T.E.

DATOS DEL EMPLEO NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD ANOTAR EL NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD.

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

TELEFONO ANOTAR EL NUMERO TELEFONICO DEL FUNCIONARIO FACULTADO PARA AUTORIZAR MOVIMIENTOS AFILIATORIOS ANTE EL I.S.S.S.T.E.

DOMICILIO: CALLE NUMERO ANOTAR EL NOMBRE DE LA CALLE Y LOS NUMEROS EXTERIOR LOCALIDAD O COLONIA ANOTAR EL NOMBRE DE LA LOCALIDAD O DE LA COLONIA.

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

- EN EL DISTRITO FEDERAL: ANOTAR EL NOMBRE DE LA DELEGACION POLITICA ENTIDAD FEDERATIVA ANOTAR EL NOMBRE DEL ESTADO CODIGO POSTAL ANOTAR EL CODIGO POSTAL DEL DOMICILIO

CLAVE DE COBRO DATO ALFANUMERICO QUE UTILIZA LA DEPENDENCIA ENTIDAD PARA RELACIONAR LAS CLAVES PRESUPUESTAL, DE PUESTO O CATEGORIA, DE DISTRIBUCION DE PAGO, DE NIVEL, DE SUBNIVEL, ETC. DEL TRABAJADOR.

FECHA DE INGRESO ANOTAR DIA, MES Y AÑO DEL ULTIMO INGRESO DEL TRABAJADOR A LA DEPENDENCIA O ENTIDAD, UTILIZANDO

EL FORMATO NUMERICO DD-MM-AA

NOTA IMPORTANTE UTILIZAR MAQUINA DE ESCRIBIR ANOTAR EN EL ESPACIO EXCLUSIVAMENTE EL DATO QUE SE SOLICITA NO SE ACEPTARAN AVISOS QUE PRESENTEN ABBREVATURAS, TACHADURAS O ENMEDADURAS.

30 LISTA DE RAYA VOLUNTARIA (S.A.R.) 30 EVENTUAL 40 BASE LISTA DE RAYA 60 PENSIONISTA 70 COMUNICACION 80 APORTACION 90 OTROS

SUELDO BASICO DE COTIZACION AL I.S.S.S.T.E. ANOTAR EN PESOS Y CENTAVOS EL SUELDO BASICO DE COTIZACION MENSUAL AL I.S.S.S.T.E.

SUELDO BASICO DE APORTACION AL S.A.R. ANOTAR EN PESOS Y CENTAVOS EL SUELDO BASICO DE APORTACION MENSUAL AL SISTEMA DE ACUERDO PARA EL RETIRO.

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

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

FIRMA DEL TRABAJADOR FIRMA AUTOGRAFA DEL TRABAJADOR SELLO / NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO FACULTADO PARA AUTORIZAR MOVIMIENTOS AFILIATORIOS ANTE EL I.S.S.S.T.E. IMPRIMIR SELLO DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD PARA USO EXCLUSIVO DEL I.S.S.S.T.E.

NOTA IMPORTANTE UTILIZAR MAQUINA DE ESCRIBIR ANOTAR EN EL ESPACIO EXCLUSIVAMENTE EL DATO QUE SE SOLICITA NO SE ACEPTARAN AVISOS QUE PRESENTEN ABBREVATURAS, TACHADURAS O ENMEDADURAS.

EL ARTICULO 6º DE LA LEY DEL I.S.S.S.T.E. ESTABLECE LA OBLIGACION DE COMUNICAR A ESTE INSTITUTO LA ALTA DEL TRABAJADOR DENTRO DE LOS 30 DIAS SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE OCURRA

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