

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

ANVERSO

37PIA08

7132516

PERIODO QUE AMPARA LA CONSTANCIA

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

ESTA CONSTANCIA DEBERA SER CONSERVADA POR EL TRABAJADOR

DATOS DEL TRABAJADOR O ASIMILADO A SALARIOS

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES, APELLIDO PATERNO OSORIO, CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN, NOMBRE(S) FELIPE, MARQUE CON "X" EL RECUADRO QUE CORRESPONDA Y/O CONTESTE LO QUE SE SOLICITA: ÁREA GEOGRÁFICA DEL SALARIO MÍNIMO (1) C, SI EL PATRÓN REALIZÓ CÁLCULO ANUAL N, TARIFA UTILIZADA: DEL EJERCICIO QUE DECLARA X, 1991 (Actualizado), PROPORCIÓN DEL SUBSIDIO: 0.8600, MARQUE CON "X" SI EL TRABAJADOR ES SINDICALIZADO, RFC DEL(LOS) OTRO(S) PATRÓN(ES) (6):

IMPUESTO SOBRE LA RENTA

Table with 3 columns: Description, Amount, and Tax Type. Rows include: A. TOTAL DE INGRESOS POR SUELDOS, SALARIOS Y CONCEPTOS ASIMILADOS (77169), B. IMPUESTO LOCAL A LOS INGRESOS POR SUELDOS, SALARIOS Y EN GENERAL POR LA PRESTACION DE UN SERVICIO O PERSONAL SUBORDINADO (0), C. INGRESOS EXENTOS (1445), D. INGRESOS NO ACUMULABLES (0), E. INGRESOS ACUMULABLES (A + B + C + D) (75724), F. ISR CONFORME A LA TARIFA ANUAL (0), G. SUBSIDIO ACREDITABLE (2007 y anteriores) (0), H. SUBSIDIO NO ACREDITABLE (2007 y anteriores) (0), I. SUBSIDIO PARA EL EMPLEO (2008 y prestaciones) (0), J. MONTO DEL SUBSIDIO ACREDITABLE FRACCION III (2) (0), K. MONTO DEL SUBSIDIO ACREDITABLE FRACCION IV (2) (0), L. IMPUESTO SOBRE INGRESOS ACUMULABLES (0), M. IMPUESTO SOBRE INGRESOS NO ACUMULABLES (0), N. IMPUESTO SOBRE LA RENTA CAUSADO EN EL EJERCICIO QUE DECLARA (L+M) (0), 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) (11375).

PAGOS POR SEPARACIÓN

Table with 3 columns: Description, Amount, and Tax Type. Rows include: P. MONTO TOTAL DEL PAGO EN UNA SOLA EXHIBICIÓN (No deberá hacer anotación alguna en P, Q y R) (0), Q. INGRESOS TOTALES POR PAGO EN PARCIALIDADES (No hacer anotación alguna en O) (0), R. MONTO DIARIO PERCIBIDO POR JUBILACIONES PENSIONES O HABERES DE RETIRO EN PARCIALIDADES (No deberá hacer anotación alguna en O) (0), S. CANTIDAD QUE SE HUBIERA PERCIBIDO EN EL PERIODO DE NO HABER PAGO UNICO POR JUBILACIONES PENSIONES O HABERES DE RETIRO EN UNA SOLA EXHIBICIÓN (No hacer anotación alguna en O) (0), T. NÚMERO DE DÍAS (8), U. INGRESOS EXENTOS (0), V. INGRESOS GRAVABLES (0), W. INGRESOS ACUMULABLES (0), X. INGRESOS NO ACUMULABLES (0), Y. IMPUESTO RETENIDO (0).

(*) Es obligatorio registrar estos campos. (1) Anotará A, B o C según corresponda al área geográfica que señala la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos. (2) Únicamente para constancias de 2001, de conformidad con el Art. Segundo Transitorio del Decreto por el que se reformó el Art. 80-A de la LISR, publicado en el DOF el 29 de noviembre del 2001. (3) Deberá utilizar este campo, cuando el patrón haya realizado cálculo anual de ISR y al trabajador le correspondiera una proporción distinta a la de los demás trabajadores. (4) A. Miembros de las sociedades cooperativas de producción. B. Integrantes de sociedades y asociaciones civiles. C. Miembros de consejos directivos, de vigilancia, consultivos o censurarios. D. Actividad empresarial (comisionista). E. Honorarios asimilados o salarios. F. Ingresos en acciones o títulos valor. G. Divas. (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 Tlaxcala, 28 Tlaxcala, 29 Veracruz, 30 Veracruz, 31 Yucatán, 32 Zacatecas. (6) En caso de que el trabajador haya tenido más de un patrón en el ejercicio deberá señalar el(los) RFC de (los) otro(s) patrón(es). (7) Aplicable a partir del ejercicio 2005. (8) Tratándose de pagos en parcialidades, número de días del periodo. En el caso de pago de jubilaciones, pensiones 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

2

3

PAGOS POR SEPARACIÓN (Continuación)

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

INGRESOS ASIMILADOS A SALARIOS (Sin incluir (3))

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

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

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

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

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

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

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



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

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

IMPUESTO SOBRE LA RENTA POR SUELDOS Y SALARIOS

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

DATOS DEL RETENEDOR

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION

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

Centro S.C.T. México

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

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION

FIRMA DEL RETENEDOR O REPRESENTANTE LEGAL

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

FIRMA DE RECIBIDO POR EL CONTRIBUYENTE

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

* Sólo personas físicas.

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

(4) Aplicable a a partir de 2005.

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

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

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

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

Toluca, Méx., 9 de septiembre 2008.

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

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

Agradeciéndole, se continúe con el trámite correspondiente.

ATENTAMENTE
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE
RECURSOS HUMANOS



C. ROSA MARIA BERTHA BERRIEL MARTINEZ

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

RMBB/mamg.

0053

AVISO DE CAMBIO DE SITUACION DE PERSONAL FEDEI

C. DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS HUMANOS
Presente.

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

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

NOMBRE FELIPE OSORIO OSORIO		FILIACION [REDACTED]		CURP [REDACTED]		ADSCRIPCION DEL EMPLEADO DIRECCION GRAL. REC. HUMANOS		FECHA DE INGRESO 16/04/2008	
NOMBRE DEL PUESTO JEFE DE DEPARTAMENTO		REGION I		CLAVE DE PAGO 09-1202-07-711-711-CFOA001		ESTADO 09		CLAVE PROGRAMATICA 2008-09-C003-01-03-00-006-E010-1202-1-1	
ESC./NIVEL 3 OA01		REGION I		MUNICIPIO 14		ZONA 000			

BAJA		LICENCIA		XXX		REANUDACION DE LABORES	
APARTIR DEL DIA MES AÑO 31 08 2008		MOTIVO CON SUELDO CON 1/2 SUELDO		DIAS DEL AL		A PARTIR DEL DIA MES AÑO	

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

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

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

AUTORIZACION	
FIRMA	FIRMA
NOMBRE	NOMBRE:
EL DIRECTOR DE ADMINISTRACION	LIC. OMAR CORDOVA GARCIA



40270000

00001255

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

OFICIALÍA MAYOR
DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS

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

México D. F., a 15 de abril de 2008.



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

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

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

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

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

Sin otro particular, aprovecho para enviarle un cordial saludo.

SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN
EL DIRECTOR GENERAL

LIC. RUDY O. ALBERTOS CÁMARA

0051

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

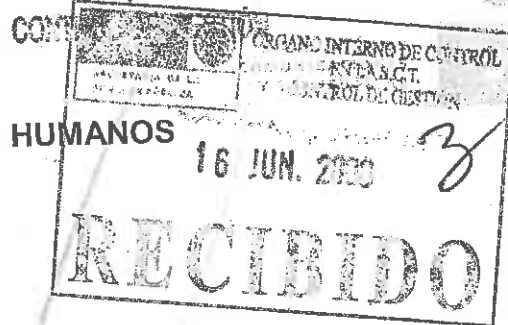
00001256

S.C.T.
DIRECCIÓN GENERAL DE
RECURSOS HUMANOS
35428

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

Toluca, México; a 10 de Julio de 2008.

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



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

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

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

ATENTAMENTE
DIRECTOR GENERAL

NG. FELIPE DE JESUS RIVERA VALENZUELA

SECRETARÍA DE
COMUNICACIONES Y TRANSPORTE
OFICIALIA MAYOR

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

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

0050
11-07-08



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

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

00001257

ISSSTE

DATOS DEL TRABAJADOR		CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION (C.U.R.P.)	
R.F.	NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	ENTIDAD DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL SEXO
A	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	
OSORIO		FELIPE	
DOMICILIO: CALLE		Nº EXT.	Nº INT. LOCALIDAD O COLONIA
POLITICA		ATIV	CODIGO POSTAL
DATOS DEL EMPLEO		NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD	
SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSP. DIRECCION GRAL DE REC. HUMANOS		RAMO	PAGADURIA TELEFONO
DIRECCION GRAL DE REC. HUMANOS		00009	99900
MUNICIPIO DE DELEGACION TOLUCA		ENTIDAD FEDERATIVA	
UNIVERSIDAD Y XOLA		HARRVATE	
CLAVE DE REGISTRO		MEXICO	
CROA001		INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DELEGACION EN ZONA SUR	
FECHA DE INGRESO		FIRMA DEL TRABAJADOR	
DIA	MES	ANO	
16	04	2008	
SUELDO BASICO DE COTIZACION AL I.S.S.S.T.E.		NIVEL SALARIAL	
30		CARRERA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES	
SUELDO BASICO DE APORTACION AL S.A.R.		NIVEL SALARIAL	
\$ 6,855.50		CARRERA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES	
REMUNERACION TOTAL		NIVEL SALARIAL	
\$ 6,855.50		CARRERA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES	
DEPENDENCIA O ENTIDAD		CARRERA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES	
00010. G. R. H.		CARRERA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES	



FIRMA DEL TRABAJADOR
DEL DEPTO. DE SERVICIOS AL PERSONAL

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DELEGACION EN ZONA SUR
JUN. 20 2008
SELLO DE RECEPCION DE LA DELEGACION DE AFILIACION

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

[Handwritten signature]

INSTRUCTIVO DE LLENADO

DATOS DEL TRABAJADOR

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION (C.U.)
 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.F.C.
 ANOTAR EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES DEL TRABAJADOR ASIGNADO POR LA SECRETARIA DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO.
 NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL
 EL NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL CONSTA DE 11 CARACTERES, INCLUIDO EL DIGITO VERIFICADOR
 - SI EL TRABAJADOR ES O FUE AFILIADO AL I.M.S.S.:
 ANOTAR EL NUMERO DE AFILIACION ANTE DICHO INSTITUTO.
 - SI EL TRABAJADOR REINGRESA COMO COTIZANTE AL I.S.S.S.T.E.
 ANOTAR EL NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL ASIGNADO POR ESTE INSTITUTO.
 - SI EL TRABAJADOR NO HA SIDO AFILIADO AL I.M.S.S. Y NO HA COTIZADO AL I.S.S.S.T.E. PREVIO A ESTA ALTA DEJAR EL ESPACIO EN BLANCO.
ENTIDAD DE NACIMIENTO
 ANOTAR EL NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA EN QUE NACIO.
ESTADO CIVIL
 ANOTAR EL NUMERO QUE CORRESPONDA AL ESTADO CIVIL DEL TRABAJADOR CONFORME A LO SIGUIENTE:
 1 SOLTERO (A) 2 CASADO (A)
SEXO
 CRUZAR EL CUADRO CORRESPONDIENTE AL SEXO DEL TRABAJADOR:
 - H HOMBRE M MUJER
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)
 ANOTAR LOS APELLIDOS PATERNO Y MATERNO Y EL(LOS) NOMBRE(S) COMPLETO(S)
DOMICILIO: CALLE N° EXTERIOR N° INTERIOR
 ANOTAR EL NOMBRE DE LA CALLE Y LOS NUMEROS EXTERIOR E INTERIOR.
LOCALIDAD O COLONIA
 ANOTAR EL NOMBRE DE LA LOCALIDAD O DE LA COLONIA, MUNICIPIO O DELEGACION POLITICA.
 - EN EL INTERIOR DE LA REPUBLICA MEXICANA:
 ANOTAR EL NOMBRE DEL MUNICIPIO.

- EN EL DISTRITO FEDERAL:
 ANOTAR EL NOMBRE DE LA DELEGACION POLITICA.
ENTIDAD FEDERATIVA
 ANOTAR EL NOMBRE DEL ESTADO.
CODIGO POSTAL
 ANOTAR EL CODIGO POSTAL DEL DOMICILIO.
NOMBRE Y CLAVE DE LA CLINICA
 PARA USO EXCLUSIVO DEL I.S.S.S.T.E.

DATOS DEL EMPLEO

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD
 ANOTAR EL NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD.
RAMO
 ANOTAR EL NUMERO DE RAMO REGISTRADO ANTE EL I.S.S.S.T.E.
PAGADURIA
 ANOTAR EL NUMERO DE PAGADURIA REGISTRADO ANTE EL I.S.S.S.T.E.
TELÉFONO
 ANOTAR EL NUMERO TELEFONICO DEL FUNCIONARIO FACULTADO POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD PARA AUTORIZAR MOVIMIENTOS AFILIATORIOS ANTE EL I.S.S.S.T.E.
DOMICILIO: CALLE N° EXTERIOR N° INTERIOR
 ANOTAR EL NOMBRE DE LA CALLE Y EL NUMERO EXTERIOR LOCALIDAD O COLONIA.
 ANOTAR EL NOMBRE DE LA LOCALIDAD O DE LA COLONIA, MUNICIPIO O DELEGACION POLITICA.
 ANOTAR EL NOMBRE DEL MUNICIPIO.
ENTIDAD DE NACIMIENTO
 ANOTAR EL NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA EN QUE NACIO.
CODIGO POSTAL
 ANOTAR EL CODIGO POSTAL DEL DOMICILIO.
CIudad
 ANOTAR EL NOMBRE DE LA LOCALIDAD O DE LA COLONIA, MUNICIPIO O DELEGACION POLITICA.
FECHA DE INGRESO
 ANOTAR DIA, MES Y AÑO DEL ULTIMO INGRESO DEL

TRABAJADOR A LA DEPENDENCIA O ENTIDAD, UTILIZANDO EL FORMULARIO NUMERICO DD-MM-AAAA.
N° INGRESO
 ANOTAR EL NUMERO QUE CORRESPONDA AL TIPO DE NOMBRAMIENTO DEL TRABAJADOR (CONFORME A LO SIGUIENTE):
 16 BASE 60 OTROS
 20 CONTINUA 70 CONTINUACION VOLUNTARIA
 30 EVENTUAL 80 PENSIONISTA
 40 BASE / LISTA DE RAYA 90 APORTACION VOLUNTARIA (S.A.R.)
 60 LISTA DE RAYA
SUELDO BASICO DE COTIZACION AL I.S.S.S.T.E.
 ANOTAR EN PESOS Y CENTAVOS EL SUELDO BASICO DE COTIZACION MENSUAL AL I.S.S.S.T.E.
SUELDO BASICO DE APORTACION AL S.A.R.
 ANOTAR EN PESOS Y CENTAVOS EL SUELDO BASICO DE APORTACION MENSUAL AL SISTEMA DE AHORRO PARA EL RETIRO.
REMUNERACION TOTAL
 ANOTAR EN PESOS Y CENTAVOS EL INGRESO MENSUAL DEL TRABAJADOR, CONSIDERANDO TODAS LAS PRESTACIONES ECONOMICAS DE CARACTER PERMANENTE.
NIVEL SALARIAL
 ANOTAR EL NIVEL SALARIAL DE ACUERDO CON EL TRABAJADOR DE SUELDOS AUTORIZADO A LA DEPENDENCIA O ENTIDAD EN QUE LABORA EL TRABAJADOR.
FIRMA DEL TRABAJADOR
 ANOTAR LA FIRMA AUTOGRAFA DEL TRABAJADOR.
SEPO / NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO FACULTADO
 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.
 IMPRIMIR SELLO DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD.
 SELLO DE RECEPCION DEL I.S.S.S.T.E.
 PARA USO EXCLUSIVO DEL I.S.S.S.T.E.
NOTA IMPORTANTE:
 UTILIZAR MAQUINA DE ESCRIBIR.
 ANOTAR EN CADA ESPACIO EXPLICITAMENTE EL DATO QUE SE REQUERITA.
 NO SE ACEPTARAN AVISOS QUE PRESENTEN ABRUMATURAS, TACHADURAS O ENMIENDATURAS.

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

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

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



Toluca, México, a 22 de noviembre de 2007.

SECRETARÍA DE
COMUNICACIONES
Y TRANSPORTES

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

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

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

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE
SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN
DIRECTOR GENERAL


ING. FELIPE DE JESUS RIVERA VALENZUELA

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

0048



SECRETARIA DE LA FUNCION PUBLICA

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

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

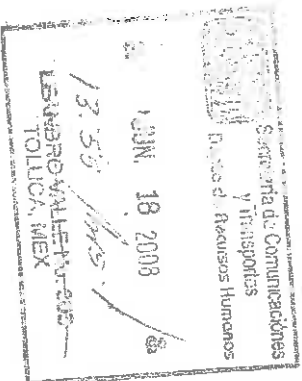
PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARIA
NO. DE COMPROBACION: [REDACTED]
R.F.C.: [REDACTED]
NO. DE CERTIFICADO: [REDACTED]

DECLARACION INICIAL

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

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

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



OFICIALIA MAYOR
DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS
DIRECCIÓN DE ASUNTOS LABORALES

DATOS REGISTRADOS EN EL SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS MAYORES

NOMBRE COMPLETO: OSORIO OSORIO FELIPE RFC: [REDACTED] FECHA DE CERTIFICADO: [REDACTED] FECHA DE ANTIGÜEDAD EN EL SCGMM (DD/MM/AAAA): 04/06/2008

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

NIVEL ACTUAL: OA01 JEFE DE DEPARTAMENTO: 111 POTENCIACIÓN: 0 NO APLICA FORMA DE PAGO

DENOMINACIÓN DEL PUESTO: SUMA ASEGUurada

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE ANTIGÜEDAD (DD/MM/AAAA)	SEXO
[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				

NOTA: Solo cuenta hasta el 23 de octubre de 2009, para realizar alguna modificación a su póliza y deberá acudir al área de Recursos Humanos de su adscripción, para llenar el Formato correspondiente (1.7.1. y 1.7.2). Asimismo, en caso de que desee dar de alta o baja a los ascendientes y/o incrementar o disminuir su suma asegurada (Potenciación), deberá anexar escrito en original en donde solicita dicho movimiento.
Formato 1.7.1 Para realizar alta o baja de beneficiarios, bajas de servidores públicos, promoción y/o despromoción, cambios de nivel y suma asegurada (potenciación).
Formato 1.7.2 Para corrección de fechas de nacimiento y de antigüedad, RFC, sexo, nombre y parentesco.

Desea realizar modificación en su Certificado Individual

SI

NO

Felipe Osorio Osorio
NOMBRE Y FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

00001260

0046

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

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

Toluca, México; a 2 Junio de 2008.

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

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

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

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

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

ATENTAMENTE
SUBDIRECTOR DE ADMINISTRACION

LAE. VICTOR HUGO ORTIZ RUIZ

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

RMBB/mamg.

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

0045

00001262



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

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

DATOS DEL TRABAJADOR			
NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	ENTIDAD DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL SEXO	
APÉLIDO MATERNO	NOMBRE (M)		
OSORIO	FELIPE		
	Nº EXT. Nº INT.	LOCALIDAD O COLONIA	
	ENTIDAD FEDERATIVA	CÓDIGO POSTAL	
	NOMBRE Y CLAVE DE LA CLÍNICA		

DATOS DEL EMPLEO			
NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD		RAMO	PAGADURIA
SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSP. DIRECCION GRAL			99900
DOMICILIO: CALLE DE RECURSOS HUMANOS		NUMERO	LOCALIDAD O COLONIA
AV. UNIVERSIDAD Y XOLA			NARVARTE
MUNICIPIO O DELEGACION POLITICA		ENTIDAD FEDERATIVA	CODIGO POSTAL
BENITOR JUAREZ		MEXICO	03020
CLAVE DE COBRO			
CFOA001			
FECHA DE INGRESO		NOMBRAMIENTO	
DIA 16	MES 04	AÑO 2008	20
SUELDO BASICO DE COTIZACION AL I.S.S.S.T.E.			
\$ 6,855.50			
SUELDO BASICO DE APORTACION AL S.A.R.			
\$ 6,855.50			
REMUNERACION TOTAL		NIVEL SALARIAL	
\$ 6,855.50		OA01	
FIRMA DEL TRABAJADOR		SELLO	
NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO FACULTADO		SELLO DE RECEPCION DEL I.S.S.S.T.E.	

ORIGINAL : PROCESO - CATALOGO MANUAL DE ASEGURADOS

LEER INSTRUCCIONES AL REVERSO

0044

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

00001233

0000

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

Toluca, México; a 11 de Abril de 2008.

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

00330

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

Agradeciéndole, se continué con el tramite correspondiente.

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

ATENTAMENTE
SUBDIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN


LAE. VICTOR HUGO ORTIZ RUIZ.

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

0043

VHOR/RMBB/mamg.


00001264

Tarea de apoyo C2
Por favor
NDM
EXPEDIENTOS

Asunto: requisitos para la contratación de inspectores
De: Alfredo Peniche Vendrell <alpenich@sct.gob.mx>
Fecha: Thu, 22 Nov 2007 14:03:07 -0600

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

Estimados Subdirectores de Transporte:

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

Saludos
APV

0042

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

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

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

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

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

ANEXO

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

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

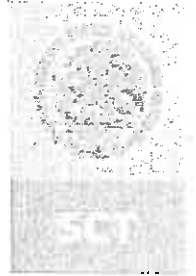
ALVARO

PL 5000
LIP. 050000001257
ORIGINAL
00001257

22-11-08

(HOJA 1 DE 4)

SECRETARÍA DE
COMUNICACIONES
Y TRANSPORTES



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

[REDACTED]

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

*Recibi
Alvarado
22-11-08*

LUGAR Y FECHA:

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

*Recibi
Copia
22-11-08*

*Recibi
Copia
22/11/08
1039*

INTERVIENEN:

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

[Handwritten signature]

*Recibir
Copia
22/Enero/08
Evelin.*

*Recibi Copia
22-ENE-08
L. FLORES MORENO*



SECRETARÍA DE
COMUNICACIONES
Y TRANSPORTES

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

OBJETO:

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

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

DECLARACIONES:

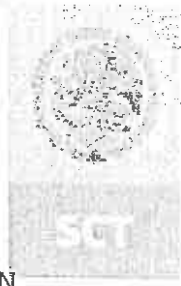
EN USO DE LA PALABRA EL C. C.P. ALVARO GÉNARO URBINA MONCAYO, ENCARGADO DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS FINANCIEROS Y RECURSOS MATERIALES DEL CENTRO SCT ESTADO DE MÉXICO, DEPENDIENTE DE LA SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES, DECLARA QUE: "ME ENTERE QUE AL BANCO INTERACCIONES NO SE LE HABÍAN REALIZADO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

0038

ASI COMO DEPOSITO POR LA CANTIDAD DE [REDACTED]

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

(HOJA 3 DE 4)



SECRETARÍA DE
COMUNICACIONES
Y TRANSPORTES

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

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

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

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

0037

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

CIERRE DEL ACTA:

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

[Handwritten signatures and initials]

(HOJA 4 DE 4)

SECRETARÍA DE
COMUNICACIONES
Y TRANSPORTES



ENCARGADO DEL DEPTO. REC.
FINANCIEROS Y MATERIALES.

[Handwritten signature]

C. C.P. ALVARO GENARO URBINA
MONCAYO

JEFA DEL DEPTO. DE RECURSOS
HUMANOS

[Handwritten signature]

C. ROSA MA. BERTHA BERRIEL
MARTINEZ

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

[Handwritten signature]

C. ROSA EVELIN CASTAÑEDA
BERNAL

JEFE DE LA OFICINA DE
PRESUPUESTO

[Handwritten signature]

C. ARMANDO FLORES MORENO

TESTIGO DE ASISTENCIA

C/CGO A LA UNIDAD DE ASUNTOS
JURÍDICOS

[Handwritten signature]

C. LIC FÉLIX OSORIO OSORIO

0036

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

NOMBRE COMPLETO: FELIPE OSORIO OSORIO

RFC: [REDACTED]

CODIGO: CFOA001

NIVEL: OA001

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

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

* Copia

CERTIFICO



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

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

00001272



SECRETARIA DE COMUNICACIONES
Y
TRANSPORTES

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

CONSTANCIA DE APTITUD PSICOFÍSICA

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

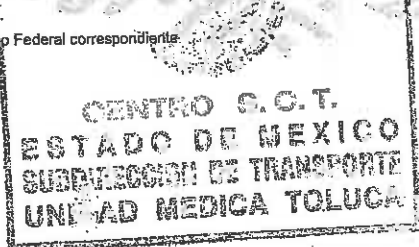
NOMBRE, NO. DE CÉDULA PROFESIONAL Y FIRMA DEL MEDICO DICTAMINADOR AUTORIZADO POR DGPMPT	LUGAR DE PRÁCTICA DEL EXAMEN
ALCANTARA JAIMES NICOLAS (Ced. Prof. 1532565) <i>[Signature]</i>	TOLUCA
	UNIDAD MÉDICA

FECHA DE DICTAMEN: 23/11/2007

HUELLA DACTILAR Y FIRMA
[REDACTED]

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

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



257938231120072338

0034

00001273

ORIGINAL



SECRETARÍA DE COMUNICACIONES
Y
TRANSPORTES

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

CONSTANCIA DE APTITUD PSICOFÍSICA

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

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

FECHA DE DICTAMEN: 23/11/2007

HUELLA DACTILAR Y FIRMA

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

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

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

0033



257938231120072338

00001274



FILIACION
CEDULA DE REGISTRO DEL SERVIDOR
PUBLICO FEDERAL

308-A.4.1.2/10.013.

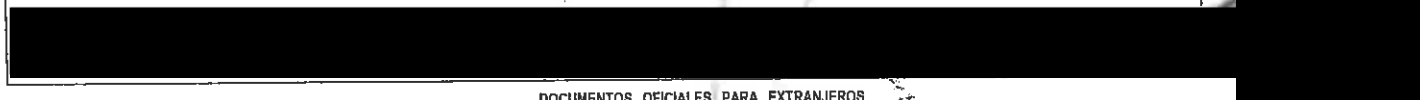
DATOS LABORALES

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

DATOS DE IDENTIFICACION

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

DOCUMENTOS OFICIALES PARA MEXICANOS



DOCUMENTOS OFICIALES PARA EXTRANJEROS

PAIS	NUMERO DE PASAPORTE	FM
VIGENCIA DE	A	PUESTO AUTORIZADO

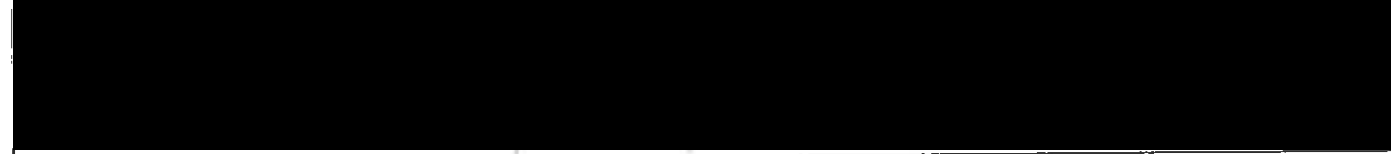
DATOS FAMILIARES



DATOS ESCOLARES

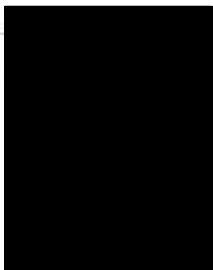
AREA DE ESTUDIOS	LICENCIATURA EN DERECHO	NIVEL MAX. DE ESTUDIOS	LICENCIATURA
NIVEL MAX. DE CREDITOS COMPROBABLES	100%	NUMERO DE CEDULA PROFESIONAL	4080916
INSTITUCION DONDE SE CURSO	FACULTAD DE INGENIERIA DE LA UAEM	FECHA DE INICIO	04/09/1994
IDIOMAS	INGLES 50%	FECHA DE TERMINACION	31/07/1999
		ESPECIALIZACION	

DOMICILIO



DATOS DE ELABORACION DEL DOCUMENTO

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

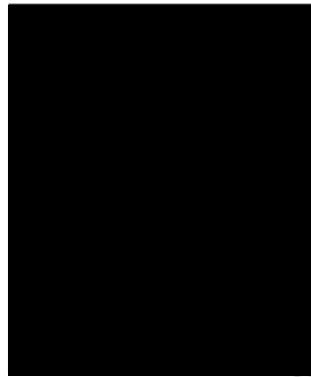


Osorio

0031

OSORIO OSORIO FELIPE

00001276



OSORIO OSORIO FELIPE

0030

SECRETARÍA DE SALUD
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO NACIONAL DE NACIMIENTOS

ACTA DE NACIMIENTO:



FELIPE
OSORIO
OSORIO



ENTIDAD FEDERATIVA: [REDACTED]

MUNICIPIO: [REDACTED]

AÑO DE REGISTRO: [REDACTED]

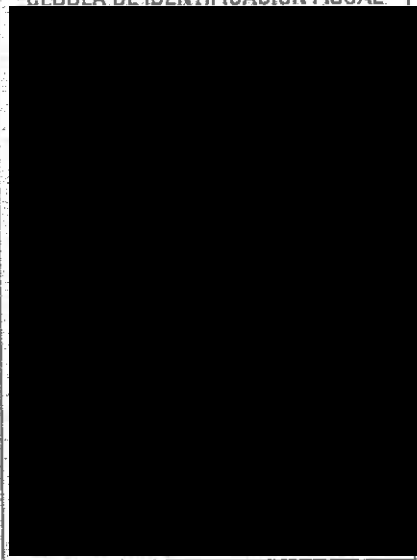
NUMERO DE LIBRO [REDACTED]

NUMERO DE ACTA O FOJA: [REDACTED]



SAT
 Servicio de Administración Tributaria
 SECRETARÍA DE HACIENDA Y CREDITO PÚBLICO


CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

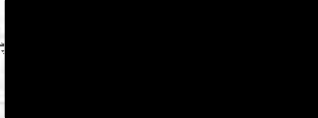


INSCRIPCIÓN EN EL R.F.C.


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

NOMBRE, DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL
 OSORIO OSORIO FELIPE



DOMICILIO


CLAVE DEL R.F.C.



CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION
 ADMINISTRACIÓN LOCAL DE RECAUDACIÓN **TOLUCA**

ACTIVIDAD


SITUACIÓN DE REGISTRO
ACTIVO

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


OBLIGACIONES








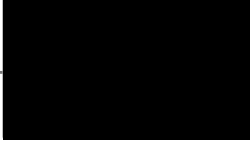


CLAVE	DESCRIPCIÓN	FECHA ALTA
		

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

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

ADMINISTRADOR LOCAL DE RECAUDACION
 TOLUCA

C.P. ABRAHAM ARCINIEGA CAMARENA

ANVERSO	 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	
	CLAVE 	ACTA DE NACIMIENTO:
	NOMBRE FELIPE OSORIO OSORIO	ENTIDAD FEDERATIVA:  MUNICIPIO:  AÑO DE REGISTRO:  NUMERO DE LIBRO:  NUMERO DE ACTA O 
	FECHA DE INSCRIPCIÓN: 	
		

REVERSO



00001280

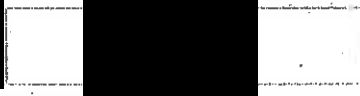
00001280



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

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

MANUEL LÓPEZ BERNAL
SECRETARIO EJECUTIVO DEL
INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL



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



INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL
REGISTRO FEDERAL DE ELECTORES
CREDENCIAL PARA VOTAR

NOMBRE
OSORIO
OSORIO
FELIPE

EDAD
SEXO



0026

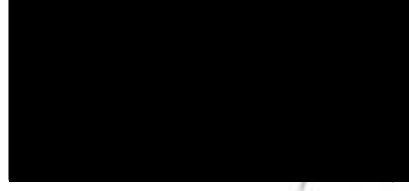
00001281



INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL
REGISTRO FEDERAL DE ELECTORES
CREDENCIAL PARA VOTAR

NOMBRE
OSORIO
OSORIO
FELIPE
DOMICILIO

EDAD
SEXO



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

TITULAR ESTÁ OBLIGADO A NOTIFICAR EL CAMBIO DE DOMICILIO EN
DIEZ Y CINCO (15) DIAS SIGUIENTES A QUE ESTE
CUMPLA

[Signature]

MANUEL LÓPEZ BERNAL
SECRETARIO EJECUTIVO DEL
INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

12 15 06 09

09 10 11 12 13 04 05 06 07 08

ENTREGADO EN []

0025

00001232



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

Total a Pagar: \$ 1,196.00

Pagar antes de: INMEDIATO

Mes de Facturación: Agosto

Teléfono:

Factura No.:

Cuenta vencida

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

OSORIO OSORIO FELIPE

RFC

Estado de Cuenta

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

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

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

Cargos del Mes

LADA	46.98
Celulares	19.95
SubTotal	\$ 66.93

Información:

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

OSORIO OSORIO FELIPE

Teléfono

Total a Pagar: \$ 1,196.00

Mes de Facturación: Agosto

Pagar antes de: INMEDIATO

DV 6



72828520940001196003

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



¡Paga tu Recibo sin salir de casa!

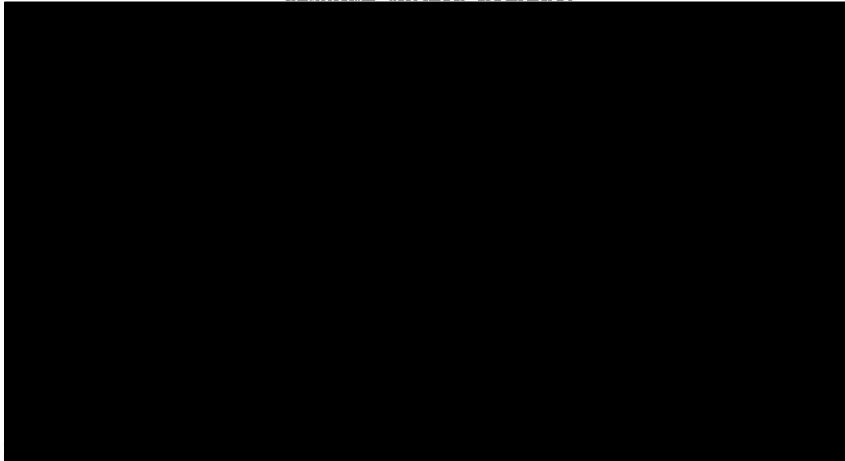
con cargo a tu cuenta de cheques o a tu tarjeta de crédito Solicítalo en tu banco

www.telmex.com

0024

SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL

SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL

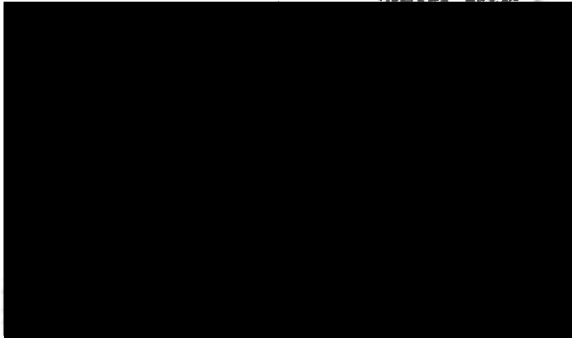


El General Brigadier DEM,
 Jefe de la Oficina Central
 de Reclutamiento

[Signature]

C. MARIO REYES GARCIA
 (4176895)

ERMA, MEX., 15 DE AGOSTO DE 1998.



Huella digital



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

[Signature]

VICENTE CONTRERAS MORALES

[Handwritten mark]

SOLICITUD DE EMPLEO

00001231

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

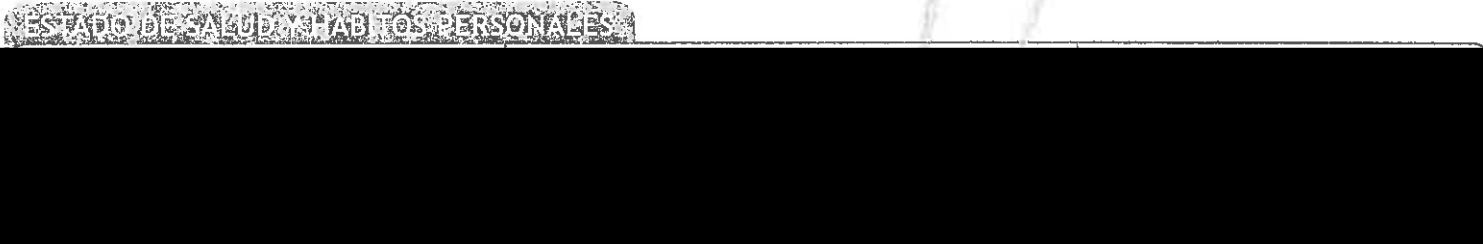
~~00001~~
 RECIENTE

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

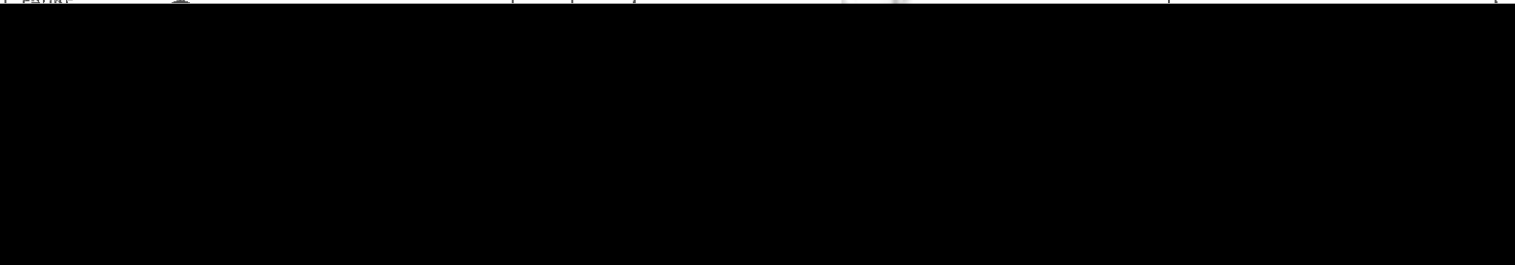
APELLIDO PATERNO Osorio	APELLIDO MATERNO Osorio	NOMBRE(S) Felipe	EDAD
DOMICILIO	COLONIA	CODIGO POSTAL	SEXO



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



NOMBRE	VIVE	FINADO	DOMICILIO	OCCUPACION
PADRE				



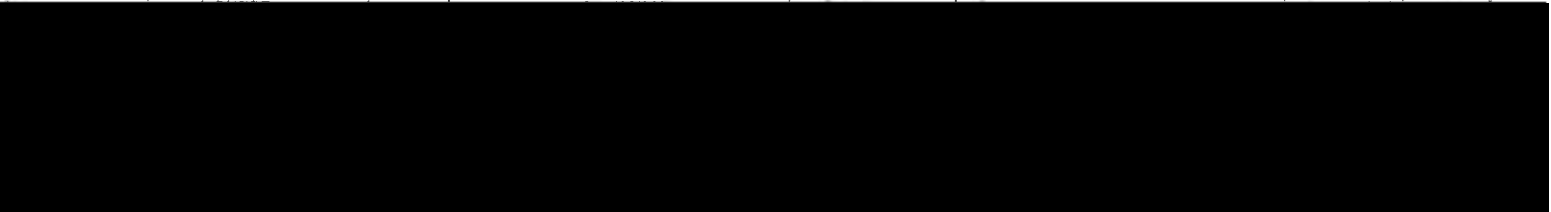
NOMBRE DE LA ESCUELA	DOMICILIO	DE	FECHAS	A	AÑOS	TITULO RECIBIDO
PRIMARIA "Lic. Benito Juárez"	Au. Vasco de Quiroga, Tlaxtepec	1982	1986		6	Certificado
SECUNDARIA "Oficial No. 134"	Po. Juárez, Tlaxtepec, Lerma, Méx.	1986	1991		3	Certificado
PREPARATORIA O VOCACIONAL "Oficial No. 51"	Dist. Con. San Mateo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

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

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

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

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



¿CÓMO SUFIERE SU EMPLEO?

ANONIMO PROMUEVO (PROTEJO)

¿TIENE PARENTES TRABAJANDO EN ESTA EMPRESA?

NO SI (PARENTES)

¿ES ESTABLE O TEMPORAL?

NO SI (INDICAR DE LA CEL)

¿HA ESTADO AFILIADO A ALGUNA SINDICATO?

NO SI (COMPLETAR)

¿TIENE MENORES DE EDAD?

NO SI (INDICAR DE LA CEL) \$

¿PUEDE VALER?

SI NO (RAZONES)

¿SI RESPONDIÓ NEGATIVAMENTE SU LOGRO EN EL TRABAJO?

SI NO (RAZONES)

¿CÓMO LE QUEDARÍA LA RECEPCIÓN DE SU TRABAJO?

Inmediatamente

¿TIENE USTED OTROS INGRESOS?

NO SI (DESCRIBIRLOS)

¿TIENE OTROS TRABAJOS?

NO SI (DESCRIBIR)

¿VIVE EN CASA PROPIA?

NO SI

¿TIENE RENTA?

NO SI

¿TIENE AUTOMÓVIL?

NO SI

¿TIENE DEUDAS?

NO SI (COMPLETAR)

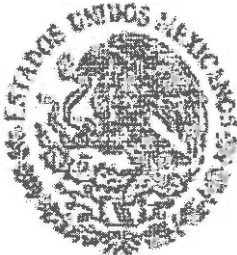
¿CUÁNTO LE GANAN SUS MENORES?

\$ **5,000.00**

CÓDIGO DE BARRAS DEL EMPLEADOR

DECLARO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONÉ ES VERDADERA

FECHA DEL SOLICITANTE



SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

SUBSECRETARÍA DE ATENCIÓN CIUDADANA Y NORMATIVIDAD

DIRECCIÓN GENERAL DE RESPONSABILIDADES Y SITUACIÓN PATRIMONIAL

DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE REGISTRO PATRIMONIAL Y DE SERVIDORES PÚBLICOS SANCIONADOS

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

México D.F., 30 de Abril de 2008

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

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

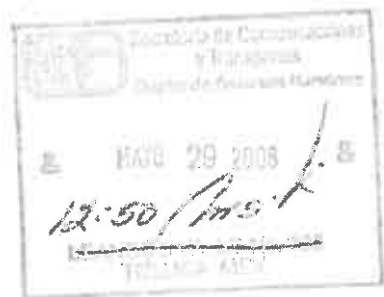
EN ATENCIÓN A LA(S) SOLICITUD(ES) 0353.....

DE FECHA 25 DE ABRIL DE 2008

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

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

COPIA

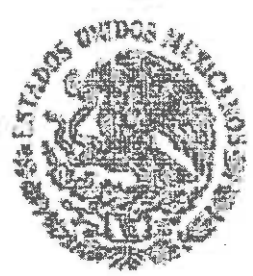


0021

En respuesta al oficio No. 0353

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

00001280



SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

SUBSECRETARÍA DE ATENCIÓN CIUDADANA Y NORMATIVIDAD

DIRECCIÓN GENERAL DE RESPONSABILIDADES Y SITUACIÓN PATRIMONIAL

DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE REGISTRO PATRIMONIAL Y DE SERVIDORES PÚBLICOS SANCIONADOS

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

México D.F., 30 de Abril de 2008

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

R.F.C. Nombre

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

ATENTAMENTE

SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN

LA DIRECTORA DE REGISTRO DE SERVIDORES PUBLICOS SANCIONADOS



DIRECCIÓN GENERAL DE RESPONSABILIDADES Y SITUACIÓN PATRIMONIAL

LIC. JAQUELINE M. ALVARADO GOMEZ

[Handwritten signature]

0020

En respuesta al oficio No. 0353

AVISO IMPORTANTE

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

VMSC/FRM/ECPG

00001218

SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES



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

NUM. DE EXPEDIENTE

REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES CON HOMOCLEAVE

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

FAVOR DE LLENAR CON LETRA DE MOLDE

CONTRATANTE

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

NOMBRE DEL ASEGURADO

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

OSORIO
APELLIDO PATERNO

OSORIO
APELLIDO MATERNO

FELIPE
NOMBRE(S)

ALTA EN LA DEPENDENCIA

16	04	2008
----	----	------

BENEFICIARIO(S)

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES(S)

%

PARENTESCO

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES(S)	%	PARENTESCO

BENEFICIO ADICIONAL
APORTACIONES EXTRAORDINARIAS

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

SOLO CUANDO EL ASEGURADO NO PUEDA FIRMAR

FIRMA DEL ASEGURADO



HUELLA DEL PULGAR DERECHO

Lugar y fecha en que se firma este consentimiento:

México, D.F a 16 de Abril de 2008

0018

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

* Beneficiarios

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

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

La designación que se hiciera de un mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

SECRETARÍA DE
COMUNICACIONES
Y TRANSPORTES



SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL

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

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES CON
HOMOCLAVE

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN

ANTES DE ELEGIR CUALQUIER OPCIÓN LEA CUIDADOSAMENTE TODO EL DOCUMENTO

CONSIDERACIONES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**SUMA ASEGURADA DE LA
POTENCIACION EN MESES**

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

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

Nombre del Asegurado:

OSORIO OSORIO FELIPE
Apellido paterno Apellido materno Nombres

FIRMA:

0017

Lugar y fecha: MEXICO, D.F

a 16 de ABRIL de 2008



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

NUM. DE EXPEDIENTE **00001250**

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES CON HOMOCLOVE

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION **0000**

FAVOR DE LLENAR CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE O A MAQUINA

CONTRATANTE

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

NOMBRE DEL ASEGURADO

SUMA ASEGURADA EN MESES

SUMA BASICA	SUMA POTENCIADA	TOTAL

OSORIO OSORIO FELIPE
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

ALTA EN LA DEPENDENCIA		
16	ABRIL	2008

BENEFICIARIOS (S)


PARENTESCO

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S) %

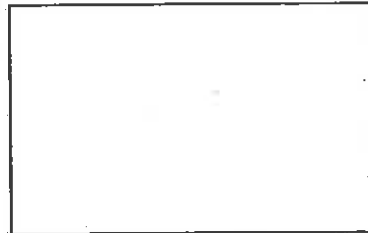
**BENEFICIOS ADICIONALES CONTRATADOS
 APARTADO B: INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O INVALIDEZ
 DE CONFORMIDAD CON LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LA POLIZA**

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

SOLO CUANDO EL ASEGURADO NO PUEDA FIRMAR



 FIRMA DEL ASEGURADO



0016

HUELLA DEL PULGAR DERECHO

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

a 16 de ABRIL de 2008

BENEFICIARIOS:

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



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

NUM. DE EXPEDIENTE

REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES CON HOMOCIAVE

CLAVE UNICA DE IDENTIFICACION

FAVOR DE LLENAR CON LETRA DE MOLDE

CONTRATANTE

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

NOMBRE DEL ASEGURADO

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

OSORIO

OSORIO

FELIPE

ALTA EN LA DEPENDENCIA

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE(S)

16

04

2008

BENEFICIARIO(S)

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES(S)

%

PARENTESCO

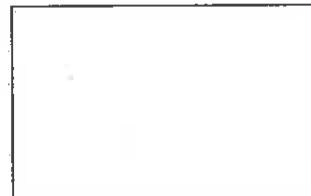
BENEFICIO ADICIONAL APORTACIONES EXTRAORDINARIAS

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

SOLO CUANDO EL ASEGURADO NO PUEDA FIRMAR

[Handwritten signature of Felipe Osorio]

FIRMA DEL ASEGURADO



HUELLA DEL PULGAR DERECHO

Lugar y fecha en que se firma este consentimiento:

México, D.F a 16 de Abril de 2008

0015

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

* Beneficiarios

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

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

La designación que se hiciera de un mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

SECRETARÍA DE
COMUNICACIONES Y
TRANSPORTES



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

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

ANTES DE ELEGIR CUALQUIER OPCIÓN LEA CUIDADOSAMENTE TODO EL DOCUMENTO

CONSIDERACIONES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**SUMA ASEGURADA DE LA
POTENCIACION EN MESES**

34	51	68
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
1.30 %	1.90 %	2.5 %

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

Nombre del Asegurado:

OSORIO **OSORIO** **FELIPE**
Apellido paterno Apellido materno Nombres

FIRMA:

[Handwritten signature]

0014

Lugar y fecha: MEXICO, D.F

a 16 de ABRIL de 2008



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

NUM. DE EXPEDIENTE **00001293**

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES CON HOMOCLOVE

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN

FAVOR DE LLENAR CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE O A MAQUINA

CONTRATANTE

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

NOMBRE DEL ASEGURADO

SUMA ASEGURADA EN MESES

SUMA BASICA	SUMA POTENCIADA	TOTAL

ALTA EN LA DEPENDENCIA		
16	ABRIL	2008

OSORIO OSORIO FELIPE
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

BENEFICIARIOS (S)

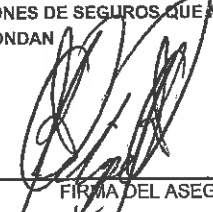
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	%

PARENTESCO

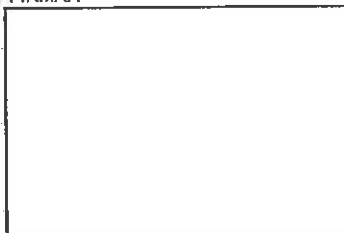
**BENEFICIOS ADICIONALES CONTRATADOS
 APARTADO B: INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O INVALIDEZ
 DE CONFORMIDAD CON LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN LA POLIZA**

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

SOLO CUANDO EL ASEGURADO NO PUEDA FIRMAR



 FIRMA DEL ASEGURADO



HUELLA DEL PULGAR DERECHO

0013

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

a 16 de ABRIL de 2008

BENEFICIARIOS:

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

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

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

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

00001294 **MetLife**

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
VIGENCIA			FORMA DE PAGO	SUMA:
De LAS 00 hrs DIA MES AÑO	HASTA 24 hrs DIA MES AÑO			\$ 0.00
01/04/2008	31/12/2008		MENSUAL	IVA:
				\$ 0.00
			PRIMA ASEGURADO :	\$ 0.00
			PRIMA CONTRATANTE:	\$

RELACION DE ASEGURADOS										
Numero de	Apellido y Nombre	Fecha de Nac.	Edad	Sexo	P. Nacionalidad	C. Autoridad	Excento	Exento	Exento	Exento
[REDACTED]										
[REDACTED]										
[REDACTED]										

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA	DEDUCIBLE	COASEGURO	TASA DE TABLA DE VIDA
ACCIDENTES EN EL SERVICIO	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
ENFERMEDADES	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
ACCIDENTES EN EL TIEMPO LIBRE	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
ENFERMEDADES EN EL TIEMPO LIBRE	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
ACCIDENTES EN EL TIEMPO LIBRE	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
ENFERMEDADES EN EL TIEMPO LIBRE	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
ACCIDENTES EN EL TIEMPO LIBRE	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
ENFERMEDADES EN EL TIEMPO LIBRE	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

IMPORTANTE

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

México, D. F., a 01 de JULIO de 2008

JVERGARA012
[Signature]

Bolton y Asociados, S.A. de C.V. Calle 2da. 14 a 20 y 114. Col. Centro de Estudios, C.P. 11000, Delegación Centro, México, D.F., Tel: 5200 0000. Lado izquierdo del edificio Bolton y Asociados, S.A. de C.V.

Ver instructivo de llenado al reverso

POLIZA NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATANTE
----------------------	--

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

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

CONSENTIMIENTO

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

LLENESE EN CASO DE QUE DESEE INCREMENTAR SU SUMA ASEGURADA

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

LLENESE EN CASO DE QUE DESEE ASEGURAR A SUS DEPENDIENTES ECONOMICOS

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

CONDUCTO DE PAGO DE PRIMA

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

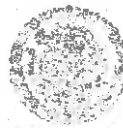
Banamex ()
 Bancomer ()
 Carnet ()

AUTORIZACION

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

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

◦ **Por descuento en nómina.**- autorizo sea descontada de mis percepciones quincenales, la prima correspondiente a los conceptos anteriores y que dicho importe sea entregado a Aseguradora Hidalgo, S.A.



SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

Sello Dependencia

0011

Sello AHISA

[Handwritten Signature]

Firma o huella del Asegurado Titular

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

INSTRUCTIVO DE LLENADO

Favor de leer cuidadosamente las siguientes instrucciones:

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

Póliza Número: Anotar el número de la póliza.

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

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR:

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

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

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

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

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

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

Colonia: Anotar el nombre de la Colonia.

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

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

Entidad Federativa: Anotar el Estado de la República.

Código Postal: Anotar el número correspondiente a su domicilio.

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

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

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

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

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

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

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

LLÉNESE EN CASO DE QUE DESÉE INCREMENTAR SU SUMA ASEGURADA:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONDUCTO DE PAGO DE PRIMA:

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

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

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

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

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

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

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

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

Firma o huella digital del Asegurado Titular:

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

Nombre y firma del Testigo

Domicilio del Testigo

Nombre y firma del Testigo

Domicilio del Testigo

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

RECIBI ORIGINAL
RECIFE SEP 10 OSCAR



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE MEXICO
REGISTRO CIVIL

00001030

CONTROL N° 11811

[Handwritten signature]

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

ACTA DE NACIMIENTO

NOMBRE: FELIPE OSORIO OSORIO

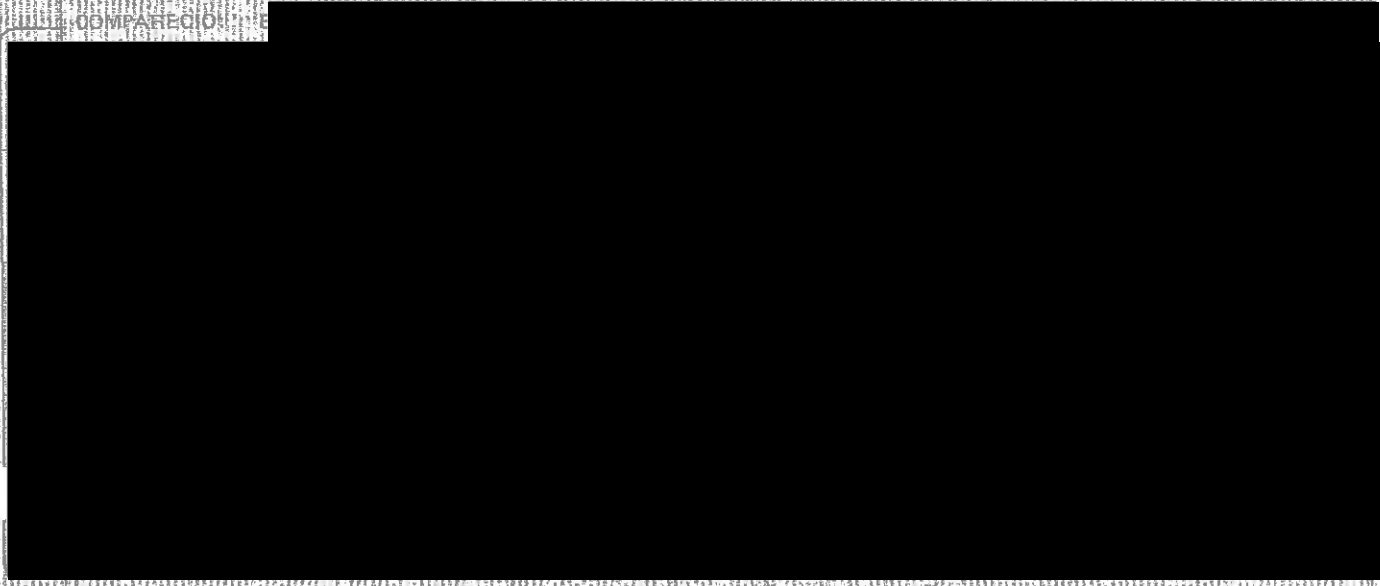
FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]

PRESENTADO: [REDACTED]

SEXO: MASCULINO

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]

COMPARECIO: [REDACTED]



PERSONA DISTINTA DE LOS PADRES QUE PRESENTA AL REGISTRADO

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

SE EXTIENDE ESTA CERTIFICACION EN CUMPLIMIENTO DEL ARTICULO [REDACTED]

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

A LOS 11 DIAS DEL MES DE [REDACTED] DE 1982

OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL DOY FE

SELLO DE LA OFICIALIA DEL REGISTRO CIVIL



NOMBRE: LIC. PEDRO MONTICAYA ARCE

[Handwritten signature]

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

635



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

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

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

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA	DEDUCIBLE	COASEGURO	NIVEL DE TABLA DE ID.
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
APLICACIONES DEL EMBARAZO	SMGM	SMGM	\$	SM

IMPORTANTE

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

México, D. F., a 26 de ENERO de 2009

0009

 METLIFE MÉXICO, S.A.

00001298

MetLife®

6388



INFORMACION DEL SERVIDOR PUBLICO

Cuidamos lo que amas de la vida.

8V-2-001

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

VER.1

0008

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



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE MEXICO
REGISTRO CIVIL

00001099

CONTRATO



~~CONFIDENTIAL~~

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

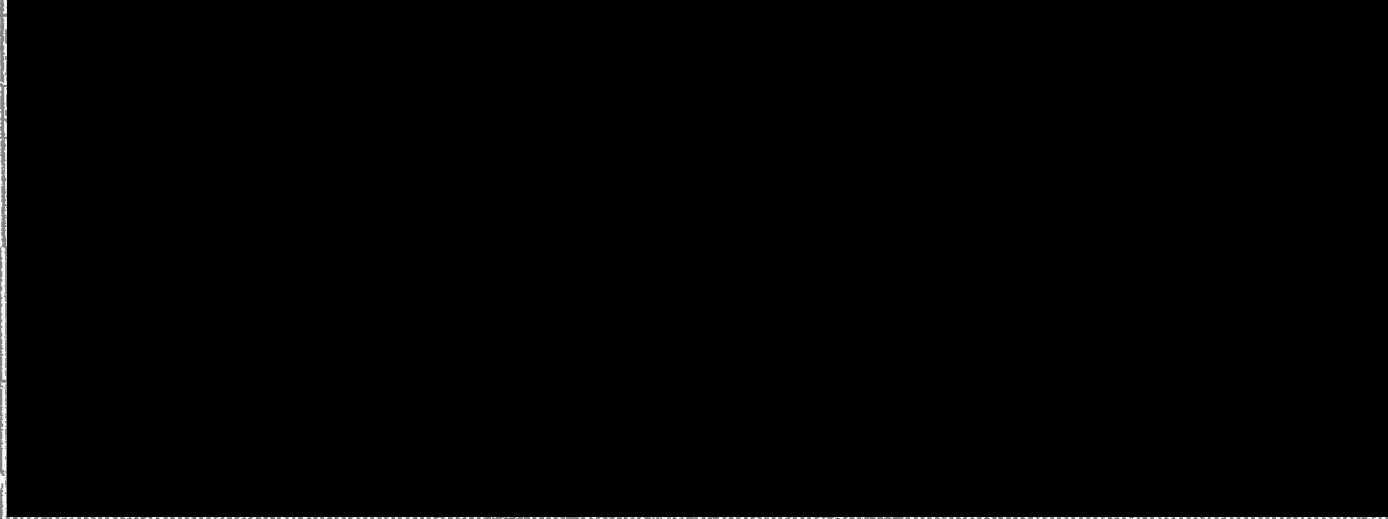
ACTA DE NACIMIENTO

NOBRE: **ELIEN OSORIO OSORIO**

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]

PRESENTADO: [REDACTED]

EDAD DE NACIMIENTO: [REDACTED]



N.º DE CERTIFICADO DE NACIMIENTO: [REDACTED]

PERSE LA FIRMATA DE LOS PADRES QUE PRESENTA AL REGISTRADO.

NOBRE: [REDACTED]

SE EXTIENDE ESTA CERTIFICACION EN CUMPLIMIENTO DEL ARTICULO [REDACTED]

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

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

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

NOBRE: **DR. PEDRO MONTANA**



SEGURIDAD



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE MEXICO
REGISTRO CIVIL

PANSA SEGURIDAD

CONTEO

00001500

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

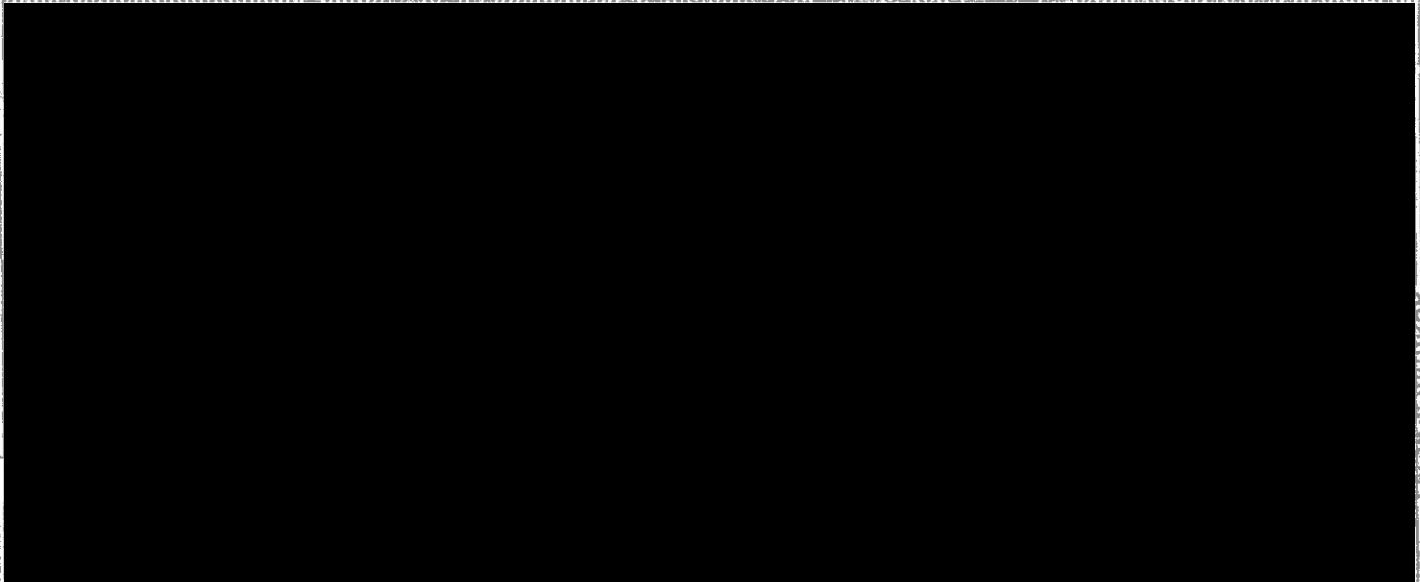
ACTA DE NACIMIENTO

NOMBRE: REYTER OSORIO OSORIO

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]

PRESENTADO: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: SAN PABLO DE LAS VIEJAS



PERSONA DISTINTA DE LOS PADRES QUE PRESENTA AL REGISTRADO

NOMBRE: [REDACTED] EN NOMBRE DE [REDACTED] EN LA CIUDAD DE [REDACTED] ESTADO DE [REDACTED]

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

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

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

EL OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL DIOY PE [REDACTED]

NOMBRE: DR. PEDRO MONTAÑA ACEVEDO



SEGURIDAD

00001391

FOLIO No. [REDACTED]



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE MEXICO
REGISTRO CIVIL

ACTA DE NACIMIENTO

50%

MUNICIPIO O DELEGACION [REDACTED]

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

R
E
G
I
S
T
R
A
D
O

SEXO: [REDACTED]

NOMBRE: [REDACTED]

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

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

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]

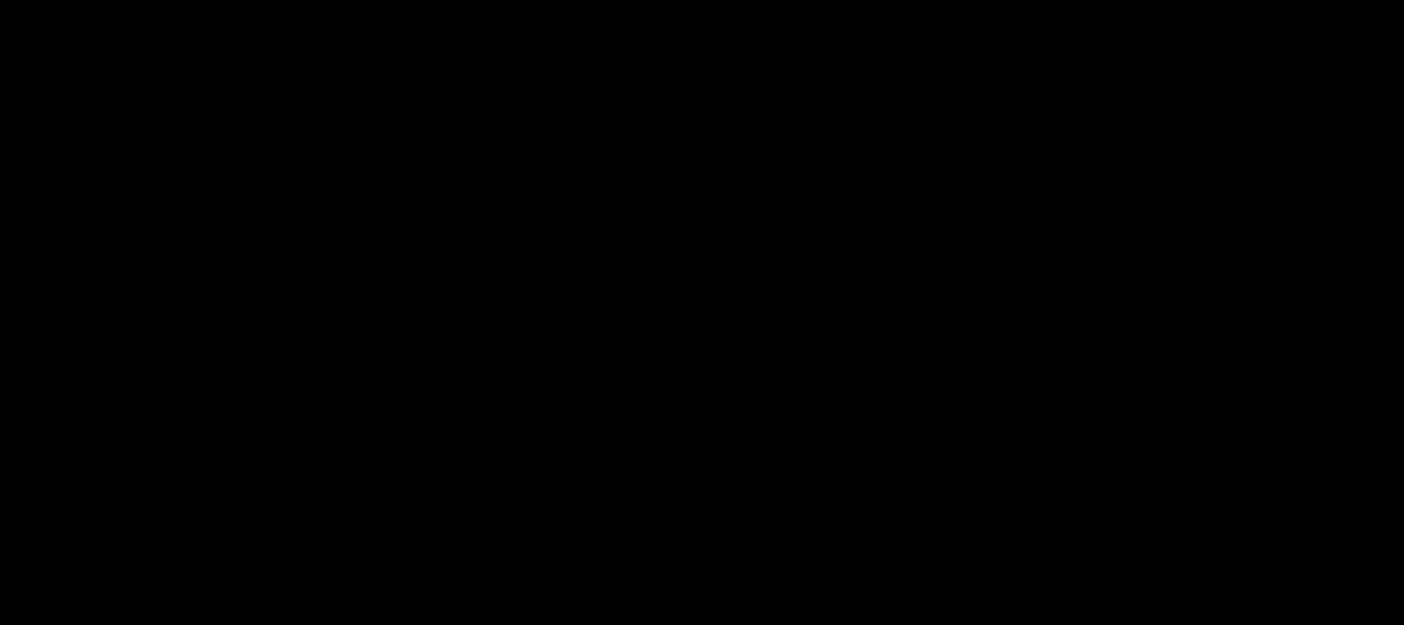
FUE REGISTRADO: [REDACTED]

COMPARECIO: EL PADRE LA MADRE AMBOS PERSONA DISTINTA

P
A
D
R
E
S

A
B
U
E
L
O
S

T
E
S
T
I
G
O
S



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

DOMICILIO: [REDACTED]

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

[Signature] [Signature]

0005

00001302

FOLIO No.



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE MEXICO
REGISTRO CIVIL

ACTA DE NACIMIENTO

00231
5031

CLAVE DE REG. E IDENTIDAD PERSONAL

NOMBRE		23		04		2008	
--------	--	----	--	----	--	------	--

REGISTRADO

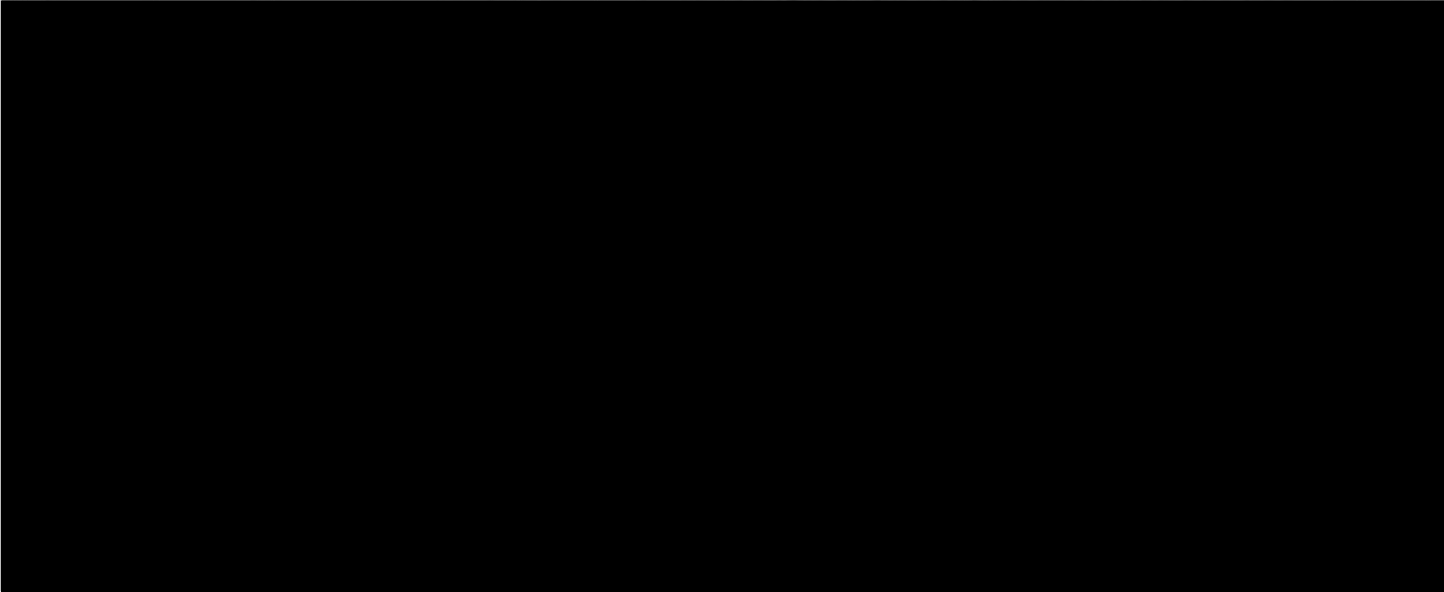
NOMBRE: [REDACTED]

FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO: [REDACTED]

FUE REGISTRADO: [REDACTED]

COMPARECIO: EL PADRE LA MADRE AMBOS PERSONA DISTINTA



PERSONA DISTINTA DE LOS PADRES QUE PRESENTA AL REGISTRADO

NOMBRE: _____ PARENTESCO: _____ EDAD: _____ AÑOS

DIRECCION: _____

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

0004



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE MEXICO
REGISTRO CIVIL

00001303

CONTROL N° 11811

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

ACTA DE NACIMIENTO

NOMBRE **FELIPE OSORIO OSORIO**

FECHA DE NACIMIENTO [REDACTED]

PRESENTADO [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO [REDACTED]

REGISTRADO

PERSONA DISTINTA DE LOS PADRES QUE PRESENTA AL REGISTRADO

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

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

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

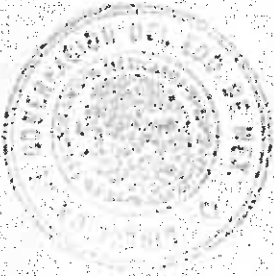
NOMBRE **LIC. PEDRO MONTUÑA ARCE**



FIRMA

Para Copias Certificadas de Actas del Registro Civil

~~00001306~~



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

ACTA DE NACIMIENTO Y RECONOCIMIENTO

Act. No. [redacted]
Notas Marginales.

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

GENERALES
DE LOS PADRES

[redacted]

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

ACTA DE NACIMIENTO

NOMBRE FELIPE OSORIO OSORIO

FECHA DE NACIMIENTO [REDACTED]

PRESENTADO: VIV [REDACTED]

LUGAR DE NACIMIENTO [REDACTED]

COMPARECIO: EL PAD [REDACTED]

PADRES

ABUELOS

TESTIGOS

PERSONA DISTINTA DE LOS PADRES QUE PRESENTA AL REGISTRADO

NOMBRE [REDACTED]

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

EL C. OFICIAL 01 DEL REGISTRO CIVIL DOY FE.

SELLO DE LA OFICIALIA DEL REGISTRO CIVIL

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