

# La Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

expide a

Juvenal Fernando León  
Gabia

el Título de

Ingeniero Civil

virtud de que efectuó los estudios requeridos por la Ley Orgánica y fué aprobado en el Examen Recepcional que según constancias que obran en la propia Institución, sustentó el día 23, veintitres de agosto de 1996, mil novecientos noventa y seis.

Morelia, Mich., a 27 de septiembre de 1996

El Rector

El Secretario

*Salvador Galván Infante*  
M.C. M. V. 3. Salvador Galván Infante

*Dr. Enrique Villcaña Palomares*  
Dr. Enrique Villcaña Palomares

Este Título quedó registrado en el  
No. [redacted] Fojas [redacted] frente.  
[redacted] Michoacán de Ocampo de 1996  
DIRECTOR DEL CONTROL ESCOLAR

*[Signature]*  
Lic. Mta. Elena Sotomayor Díaz

El presente Título quedó registrado en el  
libro No. [redacted] tomo [redacted] de la  
Carrera de *[redacted]*  
con clave *0352* a fojas *113* bajo  
el número *2461584* Fojas.  
México, D.F., a 9 de *Diciembre* de 1996  
EL JEFE DEL DPIO.

Lic. Mta. Elena Pineda Solorio



El C. Lic. Emilio Lucatero Ramos, Subsecretario de Gobernación del Estado de Michoacán de Ocampo, certifica que los C. C. M. C. M. V. Z. Salvador Galván Infante y Dr. Enrique Villicaña Palomares, en la fecha de expedición del presente Título fungieron como Rector y Secretario de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, respectivamente y son cuyas las firmas que lo calzan. Morelia, Mich., a 10. primero de Noviembre de 1996, mil novecientos noventa y seis.

LIC. EMILIO LUCATERO RAMOS

GOBIERNO DEL ESTADO DE MICHOACAN.



SUBSECRETARIA DE GOBERNACION

quedó Registrado a Fojas 2877-1874 del Libro Respectivo.

SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA  
DIRECCION GENERAL DE PROFESIONES

REVISADO Y CONFRONTADO  
Registrado a [redacted]  
del libro [redacted]  
de Registro de Titulos Profesionales y  
Grados Académicos [redacted]  
y bajo el número [redacted]  
cédula No. 2461584

México, D. F. a 9 de *Mayo* de 1997

EL REGISTRADOR



S.E.P.  
SECRETARIA GENERAL DE PROFESIONES  
DEPARTAMENTO DE REGISTRO Y EMISION DE CEDULAS

00030164





00001543

0326

00000166

# Carta de Matrícula

## La Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica  
de dicha Institución y en los Reglamentos que  
rigen en el ejercicio profesional, expide a

Juvenal Fernando León Gabia

el presente documento que lo acredita como

Matrícula de Ingeniería  
Civil

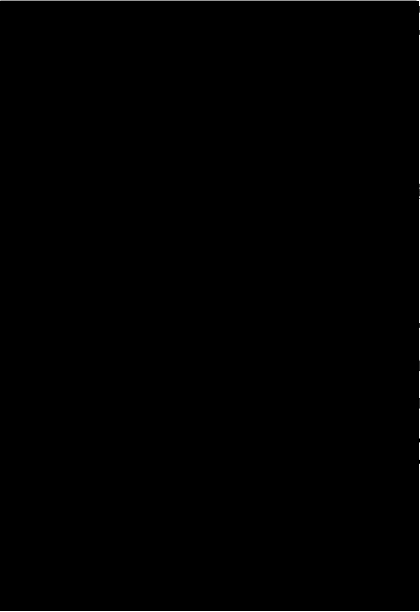
Morelia, Mich., a 19 de Marzo de 1984

El Srto. General.

El Dtor. de la Fac.

Lic. Salvador Tamayo S.

Ing. Cayetano Javera M.



SECRETARIA GENERAL

AB219507

1984

1984

Certifico que *Juvencio Fernando León Gabia* terminó en el Año Escolar de 1982-83 el 4º Grado de la Carrera de *Ingeniero Civil*, en la Facultad de *Ingeniería Civil*, dependiente de esta Universidad Michoacana de *San Nicolás de Hidalgo*, habiendo acreditado las materias respectivas.

Morelia, Mich., a 17 de Marzo de 1984

El Director de Control Escolar

Lic. *Enrique Fernando Méndez Silva*.





00001544

0325

00000167

# UNIVERSIDAD MICHOACANA

## Facultad de Ingeniería y Arquitectura

de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica de dicha Institución y en los Reglamentos que rigen en el ejercicio profesional, expide a

Juvenal Fernando León Gabia

el presente documento que lo acredita como

Ingeniero Civil

Morelia, Mich., a 19 de Marzo de 1984

El Srto. General.

El Dir. de la Fac.

Lic. Salvador Tamayo S.

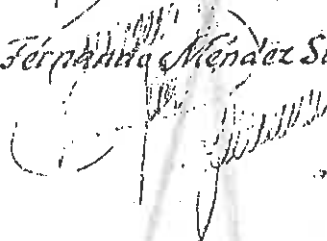
Ing. Cayetano Davera M.

Certifico que *Juan Fernando León Gabia*  
terminó en el Año Escolar de 1982-83 el 4º Grado de  
la Carrera de Ingeniería Civil, en la Facultad de Inge-  
nería Civil, dependiente de esta Universidad Michoa-  
cana de San Nicolás de Hidalgo, habiendo accredi-  
tado las materias respectivas.

Morelia, Mich., a 19 de Marzo de 1984

El Director de Control Escolar

Lic. Enrique Fernández Méndez Silva.





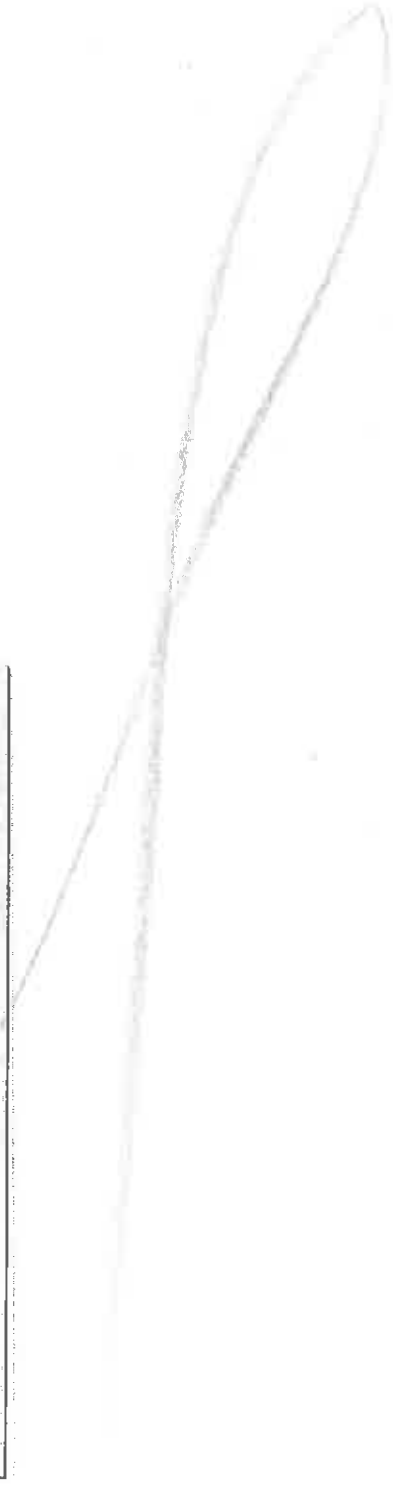
LEON GABIA JUVENAL FERNANDO



00003726 - 21851



INFORMACION DEL SERVIDOR PUBLICO



Cuidamos lo que amas en la vida.

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

BV-2-001

VER.1

00001545

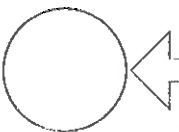
0324



INFORME DEL CARTERO NUM. \_\_\_\_\_  
FECHA: \_\_\_\_\_

LA PIEZA NO FUE ENTREGADA POR CAUSA  
CUYO NUMERO SE ANOTA EN EL CIRCULO:

- 1. DIRECCION ERRONEA
- 2. CAMBIO DE DOMICILIO
- 3. DESTINATARIO DESCONOCIDO
- 4. NO RECIBIO DESTINATARIO
- 5. NO RECLAMADA
- 6. SIN MARCA DE FRANQUEO
- 7. OTRAS (ESPECIFICAR) \_\_\_\_\_



00001546



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 DEL REGLAMENTO DE AFILIACION, VIGENCIA DE DERECHOS Y COBRANZA, SE PRESENTA EL SIGUIENTE  
**AVISO DE BAJA DEL TRABAJADOR**

0323

<b>DATOS DEL TRABAJADOR</b>		CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION (C.U.R.P.)
R.F.C.	NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	ENTIDAD DE NACIMIENTO
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
LEÓN	GABIA	JUVENAL FERNANDO
		CLAVE DE LA CLINICA

<b>DATOS DEL EMPLEO</b>		TELEFONO	
NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD		722 236 06 20	
SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES			
RAMO	SELO		
00009	<p><i>Recibí original:</i> 15/ Enero/2015</p>		
PAGADURIA			
63500			
CLAVE DE COBRO			
9076350211			
ULTIMO SUELDO BASICO DE COTIZACION AL I.S.S.S.T.E			
\$7,080.50			
ULTIMO SUELDO BASICO DE APORTACION AL S.A.R.			
\$6,855.50			
6855.5			
\$7,157.50	C. ROSA MARIA BERTHA BARRIEL MARTINEZ		
FECHA DE BAJA EN EL EMPLEO		NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO FACULTADO	
DIA 31	MES 12	AÑO 2014	CAUSA DE LA BAJA
		4:	

1A. COPIA : DEPENDENCIA O ENTIDAD

LEER INSTRUCCIONES AL REVERSO

**DATOS DEL TRABAJADOR**

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

**DATOS DEL EMPLEO**

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

**ULTIMO 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.  
**ULTIMO 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.  
**ULTIMA REMUNERACION TOTAL**  
 ANOTAR EN PESOS Y CENTAVOS EL INGRESO MENSUAL DEL TRABAJADOR CONSIDERANDO TODAS LAS PRESTACIONES ECONOMICAS DE CARACTER PERMANENTE.  
**FECHA DE BAJA EN EL EMPLEO**  
 ANOTAR DIA, MES Y AÑO DE LA BAJA DEL TRABAJADOR EN EL EMPLEO. EL DIA DE LA BAJA CORRESPONDE AL ULTIMO EN QUE EL TRABAJADOR PERCIBIO SUELDO.  
 UTILIZANDO EL FORMATO NUMERICO: DD-MM AAAA.  
**CAUSA DE LA BAJA**  
 ANOTAR EL NUMERO QUE CORRESPONDA A LA BAJA DE ACUERDO A LO SIGUIENTE:

- |                         |                     |
|-------------------------|---------------------|
| 1 LICENCIA SIN SUELDO   | 5 RENUNCIA          |
| 2 DEFUNCION             | 6 RETIRO VOLUNTARIO |
| 3 RESCISION DE CONTRATO | 7 OTROS             |
| 4 PENSION O JUBILACION  |                     |

**SELLO / 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

**NOTA IMPORTANTE**

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

**IMPORTANTE**

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

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

00001547

6500338

PERIODO QUE AMPARA LA CONSTANCIA

MES INICIAL 01      MES FINAL 12      EJERCICIO 2014

ESTA CONSTANCIA DEBERÁ SER CONSERVADA POR EL TRABAJADOR

ANVERSO

3  
TRAJA09

*B) Jubilación  
31-12-2014*

**DATOS DEL TRABAJADOR O ASIMILADO A SALARIOS**

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN

0322

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOBRES

LEON

GABIA

JUVENAL FERNANDO

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

ÁREA GEOGRÁFICA DEL SALARIO MÍNIMO (1)	<b>B</b>	SI EL PATRÓN REALIZÓ CÁLCULO ANUAL	<b>S</b>	TARIFA UTILIZADA:	DEL EJERCICIO QUE DECLARA	<b>X</b>	1991 (Actualizado)
<b>PROPORCIÓN DEL SUBSIDIO:</b>					FRACCION I (2)	FRACCION II (2)	APLICADA (3)
CALCULADA CONFORME A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN EL EJERCICIO QUE DECLARA (*)		0.00	CALCULADA CONFORME A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN 1991 (*)				
MARQUE CON "X" SI EL TRABAJADOR ES SINDICALIZADO			SI ES ASIMILADO A SALARIOS, SEÑALE LA CLAVE CORRESPONDIENTE (4)		CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA DONDE PRESTA SUS SERVICIOS (5)		15
RFC DE (LOS) OTRO(S) PATRÓN(ES) (6)							

**OTROS DATOS INFORMATIVOS**

MONTO DE LAS APORTACIONES VOLUNTARIAS EFECTUADAS	0	MONTO DE LAS APORTACIONES VOLUNTARIAS DEDUCIBLES PARA TRABAJADORES QUE REALIZARÁN SU DECLARACIÓN	0
INDIQUE SI EL PATRÓN APLICÓ EL MONTO DE LAS APORTACIONES VOLUNTARIAS EN EL CÁLCULO DEL IMPUESTO	0	MONTO DE LAS APORTACIONES VOLUNTARIAS DEDUCIBLES APLICADAS POR EL PATRÓN	0

**IMPUESTO SOBRE LA RENTA**

A. TOTAL DE INGRESOS POR SUELDOS, SALARIOS Y CONCEPTOS ASIMILADOS (Campo Q, más el campo R de esta página, más los campos n, más l, más m de la página 2, más el campo SI de la página 3)	321977	I. SUBSIDIO NO ACREDITABLE (2007 y anteriores)	0
B. IMPUESTO LOCAL A LOS INGRESOS POR SUELDOS, SALARIOS Y EN GENERAL POR LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO PERSONAL, SUBORDINADO (7)	0	J. MONTO DEL SUBSIDIO PARA EL EMPLEO QUE LE CORRESPONDIÓ AL TRABAJADOR DURANTE EL EJERCICIO (2008 y posteriores) (8)	0
C. INGRESOS EXENTOS (Campo V de esta página, más el campo e de la página 2, más el campo RI de la página 3)	60100	K. MONTO DEL SUBSIDIO ACREDITABLE FRACCION III (2)	0
D. TOTAL DE LAS APORTACIONES VOLUNTARIAS DEDUCIBLES	0	L. MONTO DEL SUBSIDIO ACREDITABLE FRACCION IV (2)	0
E. INGRESOS NO ACUMULABLES (Campo Y de esta página, más el campo g de la página 2)	0	M. IMPUESTO SOBRE INGRESOS ACUMULABLES	0
F. INGRESOS ACUMULABLES (A - B - C - D - E)	261877	N. IMPUESTO SOBRE INGRESOS NO ACUMULABLES	0
G. ISR CONFORME A LA TARIFA ANUAL	0	O. IMPUESTO SOBRE LA RENTA CAUSADO EN EL EJERCICIO QUE DECLARA (M + N)	0
H. SUBSIDIO ACREDITABLE (2007 y anteriores)	0	P. IMPUESTO RETENIDO AL CONTRIBUYENTE (Campo Z de esta página, más los campos h, más j, más n de la página 2, más los campos UI, más VI de la página 3)	42901

**PAGOS POR SEPARACIÓN**

Q. MONTO TOTAL DEL PAGO EN UNA SOLA EXHIBICIÓN (No deberá hacer anotación alguna en R, S y T)	0	V. INGRESOS EXENTOS	0
R. INGRESOS TOTALES POR PAGO EN PARCIALIDADES (No hacer anotación alguna en Q)	0	W. INGRESOS GRAVABLES	0
S. MONTO DIARIO PERCIBIDO POR JUBILACIONES, PENSIONES O HABERES DE RETIRO EN PARCIALIDADES (No hacer anotación alguna en Q)	0	X. INGRESOS ACUMULABLES	0
T. CANTIDAD QUE SE HUBIERA PERCIBIDO EN EL PERÍODO DE NO HABER PAGO ÚNICO POR JUBILACIONES, PENSIONES O HABERES DE RETIRO EN UNA SOLA EXHIBICIÓN (No hacer anotación alguna en Q)	0	Y. INGRESOS NO ACUMULABLES	0
U. NÚMERO DE DÍAS (9)	0	Z. IMPUESTO RETENIDO	0

JUBILACIONES, PENSIONES O HABERES DE RETIRO

(\*) Es obligatorio completar 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 de 2001.

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

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

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

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

(7) Aplicable a partir del ejercicio 2005.

(8) Se refiere al Subsidio para el Empleo que corresponda, determinado conforme a la tabla contenida en las disposiciones fiscales.

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

**SE EXPIDE POR DUPLICADO**

Original - Trabajador o Asimilado a Salarios      Duplicado - Retenedor

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

ANVERSO **3**  
37P1A09

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

**DATOS DEL TRABAJADOR O ASIMILADO A SALARIOS**

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES	[REDACTED]	CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN	[REDACTED]
APELLIDO PATERNO	LEON	APELLIDO MATERNO	GABIA
NOMBRE(S)	JUVENAL FERNANDO		

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

ÁREA GEOGRÁFICA DEL SALARIO MÍNIMO (1)	B	SI EL PATRÓN REALIZÓ CÁLCULO ANUAL	S	TARIFA UTILIZADA:	DEL EJERCICIO QUE DECLARA	X	1991 (Actualizado)
<b>PROPORCIÓN DEL SUBSIDIO:</b>					FRACCIÓN I (2)	FRACCIÓN II (2)	APLICADA (3)
CALCULADA CONFORME A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN EL EJERCICIO QUE DECLARA (*)		0.00		CALCULADA CONFORME A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN 1991 (*)			
MARQUE CON "X" SI EL TRABAJADOR ES SINDICALIZADO			SI ES ASIMILADO A SALARIOS, SE SEÑALE LA CLAVE CORRESPONDIENTE (4)		CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA DONDE PRESTÓ SUS SERVICIOS (5)		15
RFC DEL(LOS) OTRO(S) PATRÓN(ES) (6)							

**OTROS DATOS INFORMATIVOS**

MONTO DE LAS APORTACIONES VOLUNTARIAS EFECTUADAS	0	MONTO DE LAS APORTACIONES VOLUNTARIAS DEDUCIBLES PARA TRABAJADORES QUE REALIZARÁN SU DECLARACIÓN	0
INDIQUE SI EL PATRÓN APLICÓ EL MONTO DE LAS APORTACIONES VOLUNTARIAS EN EL CÁLCULO DEL IMPUESTO	0	MONTO DE LAS APORTACIONES VOLUNTARIAS DEDUCIBLES APLICADAS POR EL PATRÓN	0

**IMPUESTO SOBRE LA RENTA**

A. TOTAL DE INGRESOS POR SUELDOS, SALARIOS Y CONCEPTOS ASIMILADOS (Campo Q, más el campo R de esta página, más los campos a, más l, más m de la página 2, más el campo 51 de la página 3)	321977	I. SUBSIDIO NO ACREDITABLE (2007 y anteriores)	0
B. IMPUESTO LOCAL A LOS INGRESOS POR SUELDOS, SALARIOS Y EN GENERAL POR LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO PERSONAL SUBORDINADO (7)	0	J. MONTO DEL SUBSIDIO PARA EL EMPLEO QUE LE CORRESPONDIÓ AL TRABAJADOR DURANTE EL EJERCICIO (2008 y posteriores) (8)	0
C. INGRESOS EXENTOS (Campo V de esta página, más el campo c de la página 2, más el campo R1 de la página 3)	60100	K. MONTO DEL SUBSIDIO ACREDITABLE FRACCIÓN III (2)	0
D. TOTAL DE LAS APORTACIONES VOLUNTARIAS DEDUCIBLES	0	L. MONTO DEL SUBSIDIO ACREDITABLE FRACCIÓN IV (2)	0
E. INGRESOS NO ACUMULABLES (Campo Y de esta página, más el campo g de la página 2)	0	M. IMPUESTO SOBRE INGRESOS ACUMULABLES	0
F. INGRESOS ACUMULABLES (A - B - C - D - E)	261877	N. IMPUESTO SOBRE INGRESOS NO ACUMULABLES	0
G. ISR CONFORME A LA TARIFA ANUAL	0	O. IMPUESTO SOBRE LA RENTA CAUSADO EN EL EJERCICIO QUE DECLARA (M + N)	0
H. SUBSIDIO ACREDITABLE (2007 y anteriores)	0	P. IMPUESTO RETENIDO AL CONTRIBUYENTE (Campo Z 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)	42901

**PAGOS POR SEPARACIÓN**

Q. MONTO TOTAL DEL PAGO EN UNA SOLA EXHIBICIÓN (No deberá hacer anotación alguna en R, S y T)	0	V. INGRESOS EXENTOS	0
R. INGRESOS TOTALES POR PAGO EN PARCIALIDADES (No hacer anotación alguna en Q)	0	W. INGRESOS GRAVABLES	0
S. MONTO DIARIO PERCIBIDO POR JUBILACIONES, PENSIONES O HABERES DE RETIRO EN PARCIALIDADES (No hacer anotación alguna en Q)	0	X. INGRESOS ACUMULABLES	0
T. CANTIDAD QUE SE HUBIERA PERCIBIDO EN EL PERIODO DE NO HABER PAGO ÚNICO POR JUBILACIONES, PENSIONES O HABERES DE RETIRO EN UNA SOLA EXHIBICIÓN (No hacer anotación alguna en Q)	0	Y. INGRESOS NO ACUMULABLES	0
U. NÚMERO DE DÍAS (9)	0	Z. IMPUESTO RETENIDO	0

(\*) Es obligatorio regularizar estos campos.

(1) Anotará A, B o C, según corresponda al área geográfica que señala la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos.

(2) Únicamente para constancias de 2001, de conformidad con el Art. Segundo Transitorio, del Decreto por el que se reforma el Art. 60-A de la LISR, publicado en el DOF el 29 de noviembre de 2001.

(3) Deberá utilizar este campo, cuando el patrón haya realizado cálculo anual de ISR y el 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 asesores; D. Actividad empresarial (comisionistas), E. Honorarios asimilados a salarios, F. Ingresos en acciones o títulos valor, G. Otros.

(5) 01 Aguascalientes, 02 Baja California, 03 Baja California Sur, 04 Campeche, 06 Coahuila, 08 Colima, 09 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, 26 Sinaloa, 26 Sonora, 27 Tabasco, 28 Tamaulipas, 29 Tlaxcala, 30 Veracruz, 31 Yucatán, 32 Zacatecas.

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

(7) Aplicable a partir del ejercicio 2006.

(8) Se refiere al Subsidio para el Empleo que correspondió, determinará conforme a la tabla contenida en las disposiciones fiscales.

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

**SE EXPIDE POR DUPLICADO**

Original - Trabajador o Asimilado a Salarios    Duplicado - Retenedor

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

	GRAVADO	EXENTO
GI. VALES PARA ROPA	0	0
III. AYUDA PARA RENTA	0	0
II. AYUDA PARA ARTICULOS ESCOLARES	0	0
JI. DOTACIÓN O AYUDA PARA ANTIEROS	0	0
KI. AYUDA PARA TRANSPORTE	0	0
LI. CUOTAS SINDICALES PAGADAS POR EL PATRON	0	0
MI. SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD	0	0
NI. BECAS PARA TRABAJADORES Y/O SUS HIJOS	0	0
OI. PAGOS EFECTUADOS POR OTROS EMPLEADORES (2) (3)	0	0
PI. OTROS INGRESOS POR SALARIOS	0	4380

0321

IMPUESTO SOBRE LA RENTA POR SUELDOS Y SALARIOS

QI. SUMA DEL INGRESO GRAVADO POR SUELDOS Y SALARIOS (Suma de los campos o de la pagina 2 al P1 de la columna "gravado" de la pagina 3)	261877	0
RI. SUMA DEL INGRESO EXENTO POR SUELDOS Y SALARIOS (Suma de los campos o de la pagina 2 al P1 de la columna "exento" de la pagina 3)	60400	0
SI. SUMA DE INGRESOS POR SUELDOS Y SALARIOS (QI + RI)	321977	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	4380
UI. IMPUESTO RETENIDO DURANTE EL EJERCICIO	42901	4380
VI. IMPUESTO RETENIDO POR OTRO(S) PATRONES) DURANTE EL EJERCICIO (2)	0	0
WI. SALDO A FAVOR DETERMINADO EN EL EJERCICIO QUE DECLARA QUE EL PATRON COMPENSARA DURANTE EL SIGUIENTE EJERCICIO O SOLICITARA SU DEVOLUCIÓN	0	0

DATOS DEL RETENEDOR

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES SCT051121NES

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION

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

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACION APELLIDO PATERNO, MATERNO, NOMBRES)

MASETTO MORALES LUIS AUGUSTO

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES AV. LA UNIDAD Y NOVA CUERPO DE FISCOS CENTRO MAGICAL S. C. T. COLONIA MARVALE C. P. 52020

FIRMA DEL RETENEDOR O REPRESENTANTE LEGAL

SIELLO DEL RETENEDOR EN CASO DE TERCERO

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 06/02/2015 y a la que le correspondió el número de folio de operación 66414964, así mismo, SI(X) o NO( ) se realizó el cálculo anual en los términos que establece la ley de LISR.

\* Sólo personas físicas.

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

(4) Aplicable a partir de 2005.

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

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

(7) Se refiere a las diferencias por subsidio para el empleo mensual entregado(s) en efectivo al trabajador.

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

ANVERSO 00001549

6500338

PERIODO QUE AMPARA LA CONSTANCIA

MES INICIAL 01 MES FINAL 12 EJERCICIO 2014

ESTA CONSTANCIA DEBERÁ SER CONSERVADA POR EL TRABAJADOR

DATOS DEL TRABAJADOR O ASIMILADO A SALARIOS

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES APELLIDO PATERNO LEON

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN

APELLIDO MATERNO GABIA

JUVENAL FERNANDO

0320

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

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

OTROS DATOS INFORMATIVOS

Table with columns: MONTO DE LAS APORTACIONES VOLUNTARIAS EFECTUADAS, MONTO DE LAS APORTACIONES VOLUNTARIAS DEDUCIBLES PARA TRABAJADORES QUE REALIZAN SU DECLARACIÓN, MONTO DE LAS APORTACIONES VOLUNTARIAS DEDUCIBLES ATRIBUIDAS POR EL PATRÓN

IMPUESTO SOBRE LA RENTA

Table with columns: A. TOTAL DE INGRESOS POR SUELDOS, SALARIOS Y CONCEPTOS ASIMILADOS, B. IMPUESTO LOCAL A LOS INGRESOS POR SUELDOS, SALARIOS Y EN GENERAL POR LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO PERSONAL, C. INGRESOS EXENTOS, D. TOTAL DE LAS APORTACIONES VOLUNTARIAS DEDUCIBLES, E. INGRESOS NO ACUMULABLES, F. INGRESOS ACUMULABLES, G. ISR CONFORME A LA TARIFA ANUAL, H. SUBSIDIO ACREDITABLE, J. MONTO DEL SUBSIDIO PARA EL EMPLEO QUE LE CORRESPONDE AL TRABAJADOR DURANTE EL EJERCICIO, K. MONTO DEL SUBSIDIO ACREDITABLE, L. MONTO DEL SUBSIDIO ACREDITABLE, M. IMPUESTO SOBRE INGRESOS ACUMULABLES, N. IMPUESTO SOBRE INGRESOS NO ACUMULABLES, O. IMPUESTO SOBRE LA RENTA CAUSADO EN EL EJERCICIO QUE DECLARA, P. IMPUESTO RETENIDO AL CONTRIBUYENTE

PAGOS POR SEPARACIÓN

Table with columns: Q. MONTO TOTAL DEL PAGO EN UNA SOLA EXHIBICIÓN, R. INGRESOS TOTALES POR PAGO EN PARCIALIDADES, S. MONTO DIARIO PERCIBIDO POR JUBILACIONES, PENSIONES O HABERES DE RETIRO EN PARCIALIDADES, T. CANTIDAD QUE SE HUBIERA PERCIBIDO EN EL PERIODO DE NO HABER PAGO ÚNICO POR JUBILACIONES, PENSIONES O HABERES DE RETIRO EN UNA SOLA EXHIBICIÓN, U. NÚMERO DE DÍAS

JUBILACIONES, PENSIONES O HABERES DE RETIRO

(\*) Es obligatorio requisitar estos campos. (1) Anotará A, B o C, según corresponda al área geográfica que señala la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos. (2) Únicamente para constancias de 2001, de conformidad con el Art. Segundo Transitorio, del Decreto por el que se reforma el Art. 80-A de la LISR, publicado en el DOF el 29 de noviembre de 2001. (3) Deberá utilizar este campo, cuando el patrón haya realizado cálculo anual de ISR y el trabajador le corresponda una proporción distinta a la de los demás trabajadores. (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 comités, D. Actividad empresarial (comisionistas), E. Honorarios asimilados a salarios, F. Ingresos en acciones o títulos valor, G. Otros. (5) 01 Aguascalientes, 02 Baja California, 03 Baja California Sur, 04 Campeche, 05 Coahuila, 06 Colima, 07 Chiapas, 08 Chihuahua, 09 Distrito Federal, 10 Durango, 11 Guanajuato, 12 Guerrero, 13 Hidalgo, 14 Jalisco, 15 México, 16 Michoacán, 17 Morelos, 18 Nayarit, 19 Nuevo León, 20 Oaxaca, 21 Puebla, 22 Querétaro, 23 Quintana Roo, 24 San Luis Potosí, 25 Sinaloa, 26 Sonora, 27 Tabasco, 28 Tamaulipas, 29 Tlaxcala, 30 Veracruz, 31 Yucatán, 32 Zacatecas. (6) En caso de que el trabajador haya tenido más de un patrón en el ejercicio, deberá señalar el (los) RFC del(los) otro(s) patrón(es). (7) Aplicable a partir del ejercicio 2005. (8) Se refiere al Subsidio para el Empleo que corresponde, determinado conforme a la tabla contenida en las disposiciones fiscales. (9) Tratándose de pagos en parcialidades, número de días del periodo. En caso de pago de jubilaciones, pensiones o haberes de retiro en una sola exhibición, número de días comprendidos entre la fecha en que se realizó el pago y el 31 de diciembre del año de que se trate.

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

ANVER

3

37P1A09

6500338

PERIODO QUE AMPARA LA CONSTANCIA: MES INICIAL 01, MES FINAL 12, EJERCICIO 2014. LA CONSTANCIA DEBERÁ SER CONSERVADA POR EL TRABAJADOR

**DATOS DEL TRABAJADOR O ASIMILADO A SALARIOS**

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN

LEON

APELLIDO MATRNO

GABIA

JUVENAL FERNANDO

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

ÁREA GEOGRÁFICA DEL SALARIO MÍNIMO (1)	<b>B</b>	SI EL PATRÓN REALIZÓ CÁLCULO ANUAL	<b>S</b>	TARIFA UTILIZADA:	DIJ. EJERCICIO QUE DECLARA	<b>X</b>	1991 (Actualizada)
<b>PROPORCIÓN DEL SUBSIDIO:</b>					FRACCIÓN I (2)	FRACCIÓN II (2)	APLICADA (3)
CALCULADA CONFORME A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN EL EJERCICIO QUE DECLARA (*)	0.00	CALCULADA CONFORME A DISPOSICIONES VIGENTES EN 1991 (*)					
MARQUE CON "X" SI EL TRABAJADOR ES SINDICALIZADO		SI EN ASIMILADO A SALARIOS, SEÑALE LA CLAVE CORRESPONDIENTE (4)			CLAVE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA DONDE PRESTÓ SERVICIOS (5)		<b>15</b>
RFC DEL(LOS) OTRO(S) PA(Í)NES (6)							

**OTROS DATOS INFORMATIVOS**

MONTO DE LAS APORTACIONES VOLUNTARIAS DEDUCIDAS	0	MONTO DE LAS APORTACIONES VOLUNTARIAS DEDUCIBLES PARA TRABAJADORES QUE REALIZARÁN SU DECLARACIÓN	0
INDIQUE SI EL PATRÓN APLICÓ EL MONTO DE LAS APORTACIONES VOLUNTARIAS EN EL CÁLCULO DEL IMPUESTO	0	MONTO DE LAS APORTACIONES VOLUNTARIAS DEDUCIBLES APLICADAS POR EL PATRÓN	0

**IMPUESTO SOBRE LA RENTA**

<b>A.</b> TOTAL DE INGRESOS POR SUELDOS, SALARIOS Y CONCEPTOS ASIMILADOS (Campo Q, más el campo R de esta página, más los campos a, más i, más m de la página 2, más el campo 51 de la página 3)	<b>321977</b>	<b>I.</b> SUBSIDIO NO ACREDITABLE (2007 y anteriores)	0
<b>B.</b> IMPUESTO LOCAL A LOS INGRESOS POR SUELDOS, SALARIOS Y EN GENERAL POR LA PRESTACIÓN DE UN SERVICIO PERSONAL SUBORDINADO (7)	0	<b>J.</b> MONTO DEL SUBSIDIO PARA EL EMPLEO QUE LE CORRESPONDE AL TRABAJADOR DURANTE EL EJERCICIO (2008 y posteriores) (8)	0
<b>C.</b> INGRESOS EXENTOS (Campo V de esta página, más el campo e de la página 2, más el campo R1 de la página 3)	<b>60100</b>	<b>K.</b> MONTO DEL SUBSIDIO ACREDITABLE FRACCIÓN III (2)	0
<b>D.</b> TOTAL DE LAS APORTACIONES VOLUNTARIAS DEDUCIBLES	0	<b>L.</b> MONTO DEL SUBSIDIO ACREDITABLE FRACCIÓN IV (2)	0
<b>E.</b> INGRESOS NO ACUMULABLES (Campo Y de esta página, más el campo g de la página 2)	0	<b>M.</b> IMPUESTO SOBRE INGRESOS ACUMULABLES	0
<b>F.</b> INGRESOS ACUMULABLES (A - B - C - D - E)	<b>261877</b>	<b>N.</b> IMPUESTO SOBRE INGRESOS NO ACUMULABLES	0
<b>G.</b> ISR CONFORME A LA TARIFA ANUAL	0	<b>O.</b> IMPUESTO SOBRE LA RENTA CAUSADO EN EL EJERCICIO QUE DECLARA (M + N)	0
<b>H.</b> SUBSIDIO ACREDITABLE (2007 y anteriores)	0	<b>P.</b> IMPUESTO RETENIDO AL CONTRIBUYENTE (Campo Z de esta página, más los campos h, más j, más n de la página 2, más los campos III, más VI de la página 3)	<b>42901</b>

**PAGOS POR SEPARACIÓN**

<b>Q.</b> MONTO TOTAL DEL PAGO EN UNA SOLA EXHIBICIÓN (No deberá hacer anotación alguna en R, S y T)	0	<b>V.</b> INGRESOS EXENTOS	0
<b>R.</b> INGRESOS TOTALES POR PAGO EN PARCIALIDADES (No hacer anotación alguna en Q)	0	<b>W.</b> INGRESOS GRAVABLES	0
<b>S.</b> MONTO DIARIO PERCIBIDO POR JUBILACIONES, PENSIONES O HABERES DE RETIRO EN PARCIALIDADES (No hacer anotación alguna en Q)	0	<b>X.</b> INGRESOS ACUMULABLES	0
<b>T.</b> CANTIDAD QUE SE HABIERA PERCIBIDO EN EL PERÍODO DE NO HABER PAGO ÚNICO POR JUBILACIONES, PENSIONES O HABERES DE RETIRO EN UNA SOLA EXHIBICIÓN (No hacer anotación alguna en Q)	0	<b>Y.</b> INGRESOS NO ACUMULABLES	0
<b>U.</b> NÚMERO DE DÍAS (9)	0	<b>Z.</b> IMPUESTO RETENIDO	0

(1) Es obligatoria registrar estos campos.

(2) Anotará A, B u G, según corresponda el área geográfica que señala la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos.

(3) Únicamente para contribuyentes de 2001, de conformidad con el Art. Segundo Transitorio, del Decreto por el que se reforma el Art. 80-A de la LISR, publicado en el DOF el 20 de noviembre de 2001.

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

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

(6) 01 Aguascalientes, 02 Baja California, 03 Baja California Sur, 04 Campeche, 05 Coahuila, 06 Colima, 07 Chiapas, 08 Chihuahua, 09 Distrito Federal, 10 Durango, 11 Guanajuato, 12 Guerrero, 13 Hidalgo, 14 Jalisco, 15 México, 16 Michoacán, 17 Morelos, 18 Nayarit, 19 Nuevo León, 20 Oaxaca, 21 Puebla, 22 Querétaro, 23 Quintana Roo, 24 San Luis Potosí, 25 Sinaloa, 26 Sonora, 27 Tlaxcala, 28 Tamaulipas, 29 Tlaxcala, 30 Veracruz, 31 Yucatán, 32 Zacatecas.

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

(8) Aplicable a partir del ejercicio 2005.

(9) Se refiere al Subsidio para el Empleo que corresponda, determinado conforme a la tabla contenida en las disposiciones fiscales.

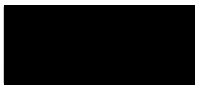
(10) Tratándose de pagos en parcialidades, número de días del período. En caso de pago de jubilaciones, pensiones o haberes de retiro en una sola exhibición, número de días comprendidos entre la fecha en que se realizó el pago y el 31 de diciembre del año de que se trata.

**SE EXPIDE POR DUPLICADO**

Original - Trabajador o Asimilado a Salarios    Duplicado - Retenedor



3



5

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

	GRAVADO	EXENTO
GI. VALLES PARA ROPA	0	0
III. AYUDA PARA RENTA	0	0
II. AYUDA PARA ARTICULOS ESCOLARES	0	0
JI. DOTACIÓN O AYUDA PARA ANTEOJOS	0	0
KI. AYUDA PARA TRANSPORTE	0	0
LI. CUOTAS SINDICALES PAGADAS POR EL PATRON	0	0
MI. SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD	0	0
NI. BECAS PARA TRABAJADORES Y/O SUS HIJOS	0	0
OI. PAGOS EFECTUADOS POR OTROS EMPLEADORES (2) (3)	0	0
PI. OTROS INGRESOS POR SALARIOS	0	4380
<b>6 IMPUESTO SOBRE LA RENTA POR SUELDOS Y SALARIOS</b>		
QI. SUMA DEL INGRESO GRAVADO POR SUELDOS Y SALARIOS (Suma de los campos 0 de la pagina 2 al PI de la columna "gravado" de la pagina 3)	261877	0
RI. SUMA DEL INGRESO EXENTO POR SUELDOS Y SALARIOS (Suma de los campos 0 de la pagina 2 al PI de la columna "exento" de la pagina 3)	60100	0
SI. SUMA DE INGRESOS POR SUELDOS Y SALARIOS (QI + RI)	321977	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	4380
UI. IMPUESTO RETENIDO DURANTE EL EJERCICIO	42901	4380
VI. IMPUESTO RETENIDO POR OTRO(S) PATRON(ES) DURANTE EL EJERCICIO (2)	0	0
WI. SALDO A FAVOR DETERMINADO EN EL EJERCICIO QUE DECLARA QUE EL PATRON COMPENSARA DURANTE EL SIGUIENTE EJERCICIO O SOLICITARA SU DEVOLUCIÓN	0	0

031

7

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES **SCT051121NE5**

APPELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRES, O DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL. **SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES**

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN

APPELLIDO PATERNO, MATERNO, NOMBRES)

MASETTO MORALES LUIS AUGUSTO

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

DIRECCIÓN GENERAL DE PAGOS Y RETENCIONES

DIRECCIÓN DE FUNDACIONES

AV. EMERSON 14 Y 101A

CUERPO Nº 2 PISO

CALLE NACIONAL S. C. S.

COLONIA MARVARE D. A. QUESADA

FIRMA DEL RETENEDOR REPRESENTANTE ANTE LA LEY

SELLO DEL RETENEDOR (EN CASO DE TENERLO)

FIRMA DE RECIBIDO POR EL CONTRIBUYENTE

\* Se Declara bajo protesta de decir verdad, que los datos asentados en la presente constancia fueron manifestados en la respectiva declaración informativa múltiple del ejercicio, presentada ante el SAT con fecha 06/02/2015 y a la que le correspondió el número de folio de operación 56414964, así mismo, SI(X) o NO( ) se realizó el cálculo anual en los términos que establece la ley de LISR.

• Sólo personas físicas.

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

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

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

(4) Aplicable a partir de 2005.

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

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

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

00001551

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

0318

00001100  
010050

**SCT**

SECRETARÍA DE  
COMUNICACIONES  
Y TRANSPORTES



CENTRO SCT MÉXICO  
SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN  
C.SCT.6.10.301.0010/2015

Toluca, México, a 14 de Enero de 2015.

**C. Juvenal Fernando León Gabia**  
**Residente General de Conservación de Carreteras**  
**CFOA001**  
**Presente**

De conformidad con lo dispuesto por el artículo 86 de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, así como al numeral octavo del Acuerdo por el que se establece la Norma del Padrón de sujetos obligados a presentar declaración de situación patrimonial en las instituciones del Gobierno Federal, hago de su conocimiento que a partir del 31 de diciembre de 2014, fue dado de baja por renuncia (jubilación) en el multicitado Padrón, por lo que atendiendo a lo establecido en el artículo 37, Fracción II de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, **usted cuenta con un plazo de sesenta días naturales a partir de la fecha antes citada, para realizar su declaración de conclusión, ante las autoridades competentes, en los medios ya establecidos para tal fin, en la plataforma electrónica [www.declaranef.gob.mx](http://www.declaranef.gob.mx).**

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

Sin otro particular, le envío un cordial saludo.

*Recibo original*  
*16/ Enero/ 2015*

S. C. T. DGRM  
DIRECCIÓN DE ASUNTOS LABORALES  
16 ENE 2015  
CONTROL DE GESTIÓN

Atentamente  
El Subdirector

Jesús Armando Tostado Martínez

S. C. T. DGRM  
DIRECCIÓN DE ASUNTOS LABORALES  
16 ENE 2015  
CONTROL DE GESTIÓN

CONTROL DE ASUNTOS LABORALES  
SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN  
DEPTO. DE TOLUCA Y BAJA CALIFORNIA  
16 ENE 2015  
OFICINA DE TRÁMITE Y CONTROL

C.c.p. Lic. Ignacio Merino Vázquez Mellado.- Director de Asuntos Laborales.- México. D.F.  
Subdirector de Relaciones Laborales.- México. D.F.

Elaboró:   
Maribel Rodríguez Gutiérrez

Revisó:   
C. Rosa María Bertha Berniel Martínez

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

Regimen de Pension 10<sup>o</sup> Transitorio

DATOS PERSONALES

FECHA DE NACIMIENTO

LUGAR

ESTADO CIVIL

DOMICILIO

DELEGACION

C. P.

TEL. PARTICULAR NUM.

COL.

GRADO DE ESTUDIOS

CEDULA PROFESIONAL

DATOS ADMINISTRATIVOS

FILIACION	CODIGO CFO1059	FECHA DE INGRESO	16-02-93	PUESTO	JEFE DE DEPARTAMENTO
NIVEL	2B	UBICACION	AV. CUAUHTEPEC 614 COL. NARVAJES	ADSCRIPCION	D.G.C.C.O.P.
		DOMICILIO DE TRABAJO		SUBDIRECCION	

DEPARTAMENTO	FECHA	DESCRIPCION	VALOR
Complensacion Garrafanda	12-00-17		
Jefe de departamento	7-04-66	Incremento salarial.	
"	14-5-66	Inc. Sal.	
Jefe de departamento	6-8-55	Inc. Sal.	
"	6-8-55	Inc. Sal.	
"	6-8-55	Inc. Sal.	

NOMBRE	EXPEDIENTE No
LEON GABIA, JUVENAL DE	152

00001552

0317





FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED]  
REG. D. [REDACTED]  
EQU. [REDACTED]  
CER. ÚNICO [REDACTED]  
BORN: [REDACTED]

NACIONALIDAD: [REDACTED]  
REGTO. EN LA D. G. DE PROF.: [REDACTED]  
MARIZ: [REDACTED]

PELO: [REDACTED]  
BARBA: [REDACTED]  
COMPLEJION: [REDACTED]

OJOS: [REDACTED]  
ESTATURA: [REDACTED]

SEÑAS PARTICULARES: [REDACTED]  
HOMBRES DE LOS PADRES: [REDACTED]  
EDAD EN PENSIONES: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED]  
(ESCRIBA CON LETRA BARRABLE)  
[REDACTED]

FECHA TER. INGRESO AL RAMO: [REDACTED]

NUM. DE REG. EN PENSIONES: [REDACTED]

EDAD EN PENSIONES: [REDACTED]

*Const. Servus.*  
16-02-83

HOJA DE SERVICIOS DE BAJA

FECHA DEL NOSTRAMENTO	FECHA DE LA ÚLTIMA POSESION	T	I	P	PUESTO	DEPENDENCIA DE ADSCRIPCION	CODIGO	SUELDO COMPACTADO	FECHA	CAJAS
01-01-83	NIVEL 11	X			SUBRESIDENTE	SUBTIA.PIES.REG.RUT. 15	09-1202-145-201	162,436.00	16-02-83	10,000.07
01-04-87	NIVEL 11	X			SUBRESIDENTE	SUBTIA.PIES.REG.RUT. 15	107019	193,350.00		
01-07-87	NIVEL 11	X			SUBRESIDENTE	SUBTIA.PIES.REG.RUT. 15	107019	235,413.00		
01-10-87	NIVEL 11	X			SUBRESIDENTE	SUBTIA.PIES.REG.RUT. 15	107019	291,912.00		
01-01-88	NIVEL 11	X			SUBRESIDENTE	SUBTIA.PIES.REG.RUT. 15	107019	350,294.00		
01-03-88	NIVEL 11	X			SUBRESIDENTE	SUBTIA.PIES.REG.RUT. 15	107019	360,803.00		
01-01-89	NIVEL 11	X			SUBRESIDENTE	RESID. CONSERV. ZAMORA	107019	396,883.00		

*00000-1*

NO NOMBRE DEL EMPLEADO: [REDACTED]  
EXPEDIENTE NUM. [REDACTED]

RECONGABIA JUVENAL FERNANDEZ



FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] LUGAR: [REDACTED] TITULO O CERTIFICADO: [REDACTED]  
 EDO. CIVIL: [REDACTED] AL REG. EN LA CAUSA: [REDACTED] N.º DE PROF.: [REDACTED]  
 COLOR: [REDACTED] PELO: [REDACTED] FRENTE: [REDACTED] OJOS: [REDACTED] NOMBRE: [REDACTED]  
 BOCA: [REDACTED] BARBA: [REDACTED] COMPLEJION: [REDACTED] TESTICURA: [REDACTED]  
 SEÑAS PARTICULARES: [REDACTED] DOMICILIO: [REDACTED]  
 NOMBRES DE LOS PADRES: [REDACTED]  
 EDAD EN PENSIONES: [REDACTED] NUM. DE REG. EN PENSIONES: [REDACTED] FECHA 1ER. INGRESO AL RANGO: 10 de octubre de 1980  
 Const. Serv.

*Régimen de Pensión 10<sup>a</sup> Transitorio*

FECHA DEL NOMBRAMIENTO	FECHA DE LA TOMA DE POSESION	T I P	CATEGORIA	DEPENDENCIA DE ATRIBUCION	CLAVE	SUELDO	BAJAS	
							FECHA	CAUSA
01-01-85		X	SUBRESIDENTE	RESID. CONSERV. NVA. ITALIA	707019 - 10	CCOL	2,359.20	70,776.00
01-06-85	707019	X	SUBRESIDENTE	RESID. CONSERV. NVA. ITALIA	09-1202-145-401	COMPACTADO		76,500.00
01-09-85	707019	X	SUBRESIDENTE	RESID. CONSERV. NVA. ITALIA	09-1202-145-401	SUELDO		\$ 72,000.00
01-01-86	707019	X	SUBRESIDENTE	RESID. CONSERV. NVA. ITALIA	09-1202-145-201	S. COMPACTADO		\$ 8,000.00
01-06-86	707019	X	SUBRESIDENTE	RESID. CONSERV. NVA. ITALIA	09-1202-145-201	S. COMPACTADO		\$ 90,000.00
01-07-86								\$ 13,000.00
								\$ 100,360.00
								17,360.00

Forma D. P. 97-2

NOMBRE DEL EMPLEADO: LEON GABIA JUVENAL FERRANDO.  
 EXPEDIENTE NUM:

00001557

0312



HOJA DE SERVICIOS

FECHA DEL NOMBRAMIENTO	FECHA DE LA TOMA DE POSESION	TIPO	CATEGORIA	DEPENDENCIA DE ADSCRIPCION	CLAVE	SUELDO		BAJAS	
						SUELDO	FECHA	CAUSA	FECHA
11-11-86	T07019	X	SUBRESIDENTE	SUBTIA.PTES.REC.R. 15	09-1202-145-201	SDO.	NETO	133,731.	
	<i>Mensual</i>								
01-01-87	T07019	X	SUBRESIDENTE	SUBTIA.PTES.REC.RUT. 15	09-1202-145-201	SDO.	AUMENTO	162,406.	
01-04-87	T07019	X	SUBRESIDENTE	SUBTIA.PTES.REC.R. 15	09-1202-145-201	SDO.	AUMENTO	19,000 0/0	
							CONTRACIADO	193,350.0	
01-07-87	T07019	X	SUBRESIDENTE	SUBTIA.PTES.REC.RUT. 15	09-1202-145-201	SDO.	COMPLETAD		
								235,412.0	
01-10-87	T07019	X	SUBRESIDENTE	SUBTIA.PTES.REC.RUT. 15	09-1202-145-201	SDO.	NETO	291,912.0	

EMPEZO	LICENCIAS CONCEDIDAS		REGISTRO DE SUSPENSIONES		VACACIONES			INDICE DE EFICIENCIA	ANTIGÜEDAD
	DIAS	% S	FECHA	CAUSA	DEL	A	SEMEJRE		
SCT Estado de México			Viene	Centro SCT	Guerrero			Regimen de P	10 <sup>o</sup> Van
16-12-2011	0801		Jefe de Depto.	Transf x Mov. Lateral			7	200	
01-07-12	"		"	Traslado de Quint.			6,855.50	225	
31-12-14	Baja	por	Penalidad						

0000  
0000  
0000

0311

001558

Toluca, México a 31 de diciembre de 2014

0310

*Ley  
PT Atención*

LIC. EDUARDO RAFAEL LUQUE ALTAMIRANO  
DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO SCT MÉXICO  
PRESENTE

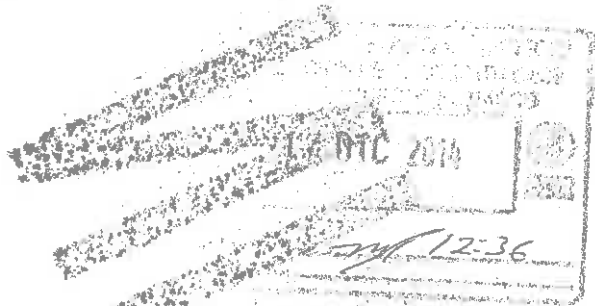
Por medio del presente, le comunico que por así convenir a mis intereses y motivado porque reúno los requisitos que establece la Ley del ISSSTE (30 años cotizados, así como con la edad), para realizar el trámite para mi jubilación, por lo que con esta fecha le presento mi renuncia al puesto que venía desempeñando como Residente General de Conservación de Carreteras en este Centro SCT.

No sin antes agradecer el apoyo brindado al suscrito, así como las facilidades institucionales y personales para la realización de las actividades y funciones encomendadas, así como para el cumplimiento de las metas.

Agradeciendo la oportunidad que se me brindó de trabajar en esta Secretaría y al mismo tiempo de servir a mi país.

ATENTAMENTE

ING. JUVENAL F. LEÓN GABIA



- C.c.p. Ing. Jerónimo A. Báez Torres.- Subdirector de Obras.- Presente
- C.P. Jesús Armando Tostado Martínez.- Subdirector de Administración.- Presente
- C. Rosa María Bertha Berriel Martínez.- Jefa del Departamento de Recursos Humanos.- Presente.

*Realizar  
H.S.  
7/enero/2015*

SCT

SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

CENTRO S.C.T. ESTADO DE MÉXICO  
SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN  
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

BAJA POR JUBILACIÓN

HOJA ÚNICA DE SERVICIOS PARA FOVISSSTE

1.- DATOS COMPLETOS DEL TRABAJADOR

*Acuse Expers*

HOJA No. 1 DE 2

Nombre Completo: LEÓN GABIA JUVENAL FERNANDO

Apellido Paterno: LEÓN GABIA JUVENAL FERNANDO

Apellido Materno: [REDACTED]

Domicilio Completo: [REDACTED]

R.F.C.: [REDACTED]

Nombre (\$): [REDACTED]

CURP: [REDACTED]

2.- PERÍODO DE APORTACIONES AL FOVISSSTE.

Fecha de Ingreso	15/10/1984	Fecha de baja	31/12/2014
Con número	QUINCE DE OCTUBRE DE MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y CUATRO	Con Letra (día, mes y año)	TREINTA Y UNO DE DICIEMBRE DEL DOS MIL CATORCE

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

MOTIVO	PERÍODO			PUESTO ( NOMBRE, CODIGO Y NIVEL )	PAGADURIA	SUJELD COTIZ	QUINQUENIOS	OTRAS APORTACIONES SUJETAS AL ISSSTE	TOTAL	NUMERO DE MESES	GRAN TOTAL
	DEL	AL	PERÍODO								
	día	mes	año								

4.- OBSERVACIONES

REVISÓ: [REDACTED]

JEFA DEL DEPTO. DE RECURSOS HUMANOS

AUTORIZO: [REDACTED]

SUBDIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN

C.P. ROSA MARÍA BERRIBEL MARTÍNEZ

C.P. JESÚS ARMANDO FOSTADO MARTÍNEZ

0303

*Recibi 3 fantos en original:  
12/Ene/2015  
Manuel F. Leon Gabia*

00001530

5 - PERCEPCIONES QUE APORTARON AL FOVISSSTE.

PERIODO		PUESTO (NOMBRE,	PAGADURIA	SUELDO COTIZABLE	QUINQUENIOS	OTRAS APORTACIONES AL FOVISSSTE	TOTAL	No. DE MESES	GRAN TOTAL
DEL	AL								
15	10	12	84	12	84				
01	01	06	85	14100	\$	12.87			
01	08	31	85	14100	\$	76.50			
01	02	31	85	14100	\$	79.50			
01	01	09	86	14100	\$	90.00			
01	08	30	86	14100	\$	102.00			
01	07	31	86	14100	\$	108.86			
01	02	15	10	14100	\$	113.86			
16	10	31	12	14100	\$	133.14			
01	01	03	87	14100	\$	162.49			
01	04	30	87	14100	\$	193.36			
01	07	30	87	14100	\$	235.41			
01	10	31	87	14100	\$	291.91			
01	01	29	88	14100	\$	350.30			
01	03	31	88	14100	\$	360.80			
01	01	05	89	63500	\$	396.88			
01	09	30	89	63500	\$	413.71			
01	10	11	89	63500	\$	413.71			
01	11	30	89	63500	\$	550.98			
01	12	31	89	63500	\$	595.57			
01	01	07	90	63500	\$	621.30			
01	03	30	90	63500	\$	819.62			
01	12	07	91	63500	\$	824.37			
01	08	31	91	63500	\$	1,010.39			
01	12	15	92	63500	\$	1,111.44			
01	12	30	92	63500	\$	1,300.40			
01	12	15	93	63500	\$	1,391.48			
01	12	30	93	14100	\$	1,488.80			
01	12	09	94	14100	\$	1,795.35			
01	10	31	94	14100	\$	1,795.35			

JEFA DEL DEPTO. DE RECURSOS HUMANOS

SUBDIRECTOR DE ADMINISTRACION

JUVENAL ERNANDEZ LEON GABIA

C. ROSA MARTINEZ

C.P. JESUS ARMANDO COSTA MARTINEZ

JUVENAL ERNANDEZ LEON GABIA

Nota: Este folio de servicio se formula de conformidad con la Ley del Institut de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y la Ley de Responsabilidades para los Servidores Públicos.  
 No se aceptará este documento cuando no venga sellado oficialmente, presentarse rascuras, enmendaduras o la firma no respaldada de su expedición no estuviere acreditada ante el Institut de Seguridad y Servicios Sociales.

8 DE ENERO DEL 2015





SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

BAJA POR JUBILACIÓN

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

00001562

HOJA UNICA DE SERVICIOS PARA ISSSTE.

HOJA No 1 DE 3

1.- DATOS COMPLETOS DEL TRABAJADOR

*Acuse Exp. personal*

Nombre Completo: LEÓN GABIA JUVENAL FERNANDO

Apellido Paterno: LEÓN GABIA JUVENAL FERNANDO

Apellido Materno: [REDACTED]

Domicilio Completo: [REDACTED]

R.F.C.: [REDACTED]

HOMONIMIA: [REDACTED]

CURP: [REDACTED]

Calle, Av. Calz. Etc.: [REDACTED]

Núm. Ext. E Int.: [REDACTED]

Colonia, Barrio ó Secc.: [REDACTED]

C.P.: [REDACTED]

Ciudad: [REDACTED]

Estado: [REDACTED]

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

Fecha de Ingreso	Fecha de baja
15/10/1984	31/12/2014

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

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

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

4.- OBSERVACIONES

[REDACTED]

REVISO  
JEFA DEL DEPTO. DE RECURSOS HUMANOS  
C. ROSA MARIA BERTIN GERRIEL MARTÍNEZ

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

*Recibi original y 3 tantos:  
12/Ene/2015  
Juvenal F. León Gabia*

0307





SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

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

BAJA POR JUBILACIÓN

HOJA UNICA DE SERVICIOS PARA ISSSTE.

HOJA No 2 DE 3

1.- DATOS COMPLETOS DEL TRABAJADOR

Nombre Completo

LEÓN GABIA JUVENAL FERNANDO

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

Domicilio Completo

CURP

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

Fecha de Ingreso Fecha de baja

15/10/1984 QUINCE DE OCTUBRE DE MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y CUATRO 31/12/2014 TREINTA Y UNO DE DICIEMBRE DEL DOS MIL CATORCE

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

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

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

4.- OBSERVACIONES

REVISO

Jefa del DEPTO/DE RECURSOS HUMANOS

C. ROSA MARÍA BERNABÉ BERIBEL MARTÍNEZ

AUTORIZO

Subdirector de Administración

C. P. JESÚS ARMANDO TOSTADO MARTÍNEZ

00001563

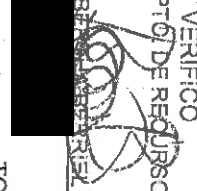
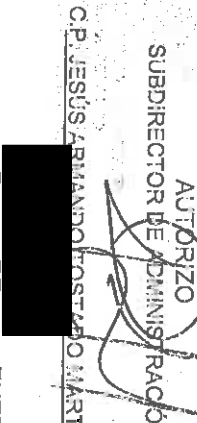
0306

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

PERIODO			PUESTO (NOMBRE, CODIGO Y NIVEL)	PAGADURIA	SUELDO COTIZABLE	QUINQUENIOS	OTRAS PERCEPCIONES SUJETAS A ACOTIZACION AL ISSSTE	TOTAL (PESOS)
DEL	AL	AL						
mes	dia	mes						
año	año	año						
01	01	01	COORD. DE TEG. ESPECIALIZADOS CFS445-21	63500	\$ 621.30	\$ 9.38		\$
01	08	01	JEFE REGIONAL DE OSA CFS3937-23	63500	\$ 819.62	\$ 9.38		\$
01	12	01		63500	\$ 934.37	\$ 14.06		\$
01	08	01	TECNICO SUPERIOR CFS3892-27	63500	\$ 1,010.32	\$ 14.06		\$
01	12	01		63500	\$ 1,111.44	\$ 28.12		\$
01	01	01	SUPERV. DE PROG. Y PROY. CFS650-2719	63500	\$ 1,300.40	\$ 28.12		\$
01	12	01		63500	\$ 1,391.48	\$ 30.10		\$
16	02	01	JEFE DE DEPTO. CFS0458-28	14100	\$ 1,488.90	\$ 30.10		\$
01	12	01		14100	\$ 1,795.35	\$ 30.10		\$
01	10	01		14400	\$ 1,785.35	\$ 36.10		\$
01	01	01		14100	\$ 1,921.00	\$ 36.10		\$
01	01	01		14100	\$ 2,110.40	\$ 36.10		\$
01	08	01		14100	\$ 2,430.05	\$ 36.10		\$
01	11	01	SUBDIRECTOR DE AREA CFS0612-29	14100	\$ 2,922.60	\$ 36.10		\$
01	01	01		14100	\$ 2,922.60	\$ 55.00		\$
01	04	01		14100	\$ 3,360.00	\$ 55.00		\$
16	01	01	RESIDENTE GENERAL CFS3164-28	64000	\$ 2,794.55	\$ 55.00		\$
01	04	01		64000	\$ 3,185.80	\$ 55.00		\$
01	04	01		64000	\$ 3,631.80	\$ 55.00		\$
01	10	01		64000	\$ 3,631.80	\$ 82.00		\$

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

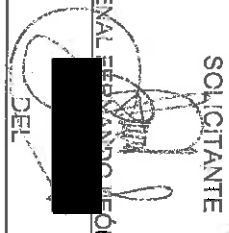
\* VERIFICO

JEFA DEL DEPTO DE RECURSOS HUMANOS  C.P. JESUS ARMANDO FOSTER MARTINEZ  SUBDIRECTOR DE ADMINISTRACION

\* AUTORIZO

TOLUCA, MÉX., A 7 DE ENERO DEL 2015

SOLICITANTE

JUVENAL EDDY ARMANDO GONZALEZ GABIA 

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

SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

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

BAJA POR JUBILACION

HOJA UNICA DE SERVICIOS PARA ISSSTE.

HOJA No 3 DE 3

1.- DATOS COMPLETOS DEL TRABAJADOR

Nombre Completo

LEÓN GABIA JUVENAL FERNANDO

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

Domicilio Completo

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

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

Fecha de Ingreso

15/10/1984 QUINCE DE OCTUBRE DE MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y CUATRO 31/12/2014 TREINTA Y UNO DE DICIEMBRE DEL DOS MIL CATORCE

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

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

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

4.- OBSERVACIONES

REVISÓ:

Jefa del Depto. de Recursos Humanos

C. ROSA MARÍA BERTHA BERRIEL MARTÍNEZ

AUTORIZÓ:

Subdirector de Administración

C. P. JESÚS ARMANDO TOSTADO MARTÍNEZ

00001564

0305

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

PERIODO		PUESTO (NOMBRE, CODIGO Y NIVEL)	PAGADURIA	SUELDO COTIZABLE	QUINQUENIOS	OTRAS PERCEPCIONES SUJETAS A ACOTIZACION AL ISSSTE	TOTAL (PESOS)					
DEL	AL											
dia	mes	dia	mes	dia	mes	dia	mes					
01	01	00	29	02	00	JEFE DE DEPTO. O MARCO ELEC. CRECIM. SEMA	63200	\$ 3,631.80	\$	82.00		
01	03	00	30	04	01		63200	\$ 3,995.00	\$	82.00		
01	05	01	31	12	01		63200	\$ 4,274.65	\$	82.00		
01	01	02	31	12	02	JEFE DE DEPTO. CFO0001-0201	63200	\$ 4,274.65	\$	82.00		
01	01	03	30	09	04		63200	\$ 4,576.06	\$	82.00		
01	10	04	31	12	06		63200	\$ 4,576.06	\$	109.00		
01	01	07	30	09	09		63200	\$ 6,855.50	\$	109.00		
01	10	09	30	06	11		63200	\$ 3,855.50	\$	136.00		
01	07	11	15	12	11		63200	\$ 6,855.50	\$	200.00		
16	12	11	30	06	12		63500	\$ 6,855.50	\$	200.00		
01	07	12	31	12	14	BALON JUBILACION	500	\$ 6,855.50	\$	225.00		

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

VERIFICO  
 JEFA DEL DEPTO. DE RECURSOS HUMANOS  
 C. ROSA MARIA BERRIOZABAL MARTINEZ  
 TOLUCA, MÉX. A 7 DE ENERO DEL 2015

AUTORIZADO  
 SUBDIRECTOR DE PERSONAL  
 C.P. JESUS ARMANDO FOSTADO MARTINEZ  
 TOLUCA, MÉX. A 7 DE ENERO DEL 2015

SOLICITANTE  
 JUVENAL FERNANDO LEÓN GABIA  
 TOLUCA, MÉX. A 7 DE ENERO DEL 2015

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

AVISO DE CAMBIO DE SITUACIÓN DE PERSONAL FEDERAL

C. DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS HUMANOS  
Presente.

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

G-13-42  
N° DE DOCUMENTO

CÓDIGO DE OPERACIÓN	DÍA	MES	AÑO	N° DE DOCUMENTO
02	07	01	2015	4
TIPOS DE DOCTO.	N° DE CONTROL INTERNO / DEPENDENCIA			
03	635/211			

NOMBRE	LEÓN GABIA JUVENAL FERNANDO		FILIACIÓN	CURP: [REDACTED]	
NOMBRE DEL PUESTO	ESC./NIVEL	REGIO	ADSCRIPCIÓN DEL EMPLEADO	RESID. GRAL. DE CONSERVACIÓN DE CARRT.	FECHA DE INGRESO
JEFE DE DEPARTAMENTO	3	OA01	1	2014-09-635-3-5-01-00-003-G-003-11301-1-1-15-211	15/10/1984
	BAJA	XXX	LICENCIA	ESTADO	CLAVE PROGRAMÁTICA
APARTIR DEL	31	12	2014	15	G-003
MOTIVO:	BAJA POR JUBILACIÓN				
	DÍA	MES	AÑO	REANUDACIÓN DE LABORES	A PARTIR DEL

CAMBIO DE RADICACIÓN					
RADICACIÓN	UNIDAD PRESUPUESTAL	PROGRAMA SUBPROGRAMA	ESTADQ	MUNICIPIO	ZONA DE PAGO
ANTERIOR					
NUOVA					

OBSERVACIONES:

EL C. RODRIGO VALDEZ RECENDIS PAGADOR HABILITADO DE ESTA DEPENDENCIA CERTIFICA QUE EL C. JUVENAL FERNANDO LEÓN GABIA, COBRO SUELDO HASTA LA QUINCENA 24 DEL 2014.

PAGADOR HABILITADO  
RODRIGO VALDEZ RECENDIS

DESCUENTO POR FALTAS	CONCEPTOS POR APLICAR		IMPORTE
DÍAS A DESCONTAR POR FALTAS	FECHA FALTAS	FECHA RETARDO	QUINCENA(S)

AUTORIZACIÓN	
SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES CENTRO S T ESTADO DE MEXICO SUBSECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS C.P. JESÚS ARMANDO COSTADO MARTÍNEZ SUBDIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN	FIRMA DEL TRABAJADOR JUVENAL FERNANDO LEÓN GABIA
LIC. EDUARDO RAFAEL LUCIO ALTAMIRANO DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO S T MEXICO	PERCEPCIONES ACTUALES
	PARTIDA
	11301
	15402
	13101
	TOTAL
	\$6,855.50
	\$10,190.75
	\$225.00
	\$17,271.25

0304

Recibi original en 3 tantos.  
12/Ene/2015  
Juvenal F. Leon Gabia

00001565

AVISO DE CAMBIO DE SITUACIÓN DE PERSONAL FEDERAL

C. DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS HUMANOS  
Presente.

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

G-13-42

CÓDIGO DE OPERAC.	DÍA	MES	AÑO	N° DE DOCUMENTO
TIPOS DE DOCTO.	07	01	2015	4
MVTO.	N° DE CONTROL INTERNO / DEPENDENCIA			
02	03	635/211		

NOMBRE	FILIACION	CURP:	ADSCRIPCIÓN DEL EMPLEADO	FECHA DE INGRESO
LEÓN GABIA JUVENAL FERNANDO			RESID. GRAL. DE CONSERVACIÓN DE CARRT.	15/10/1984
NOMBRE DEL PUESTO	REGION	CLAVE DE PAGO	ZONA	CLAVE PROGRAMATICA
JEFE DE DEPARTAMENTO CFOA001	3	OA01	150	G-003
BAJA	LICENCIA			
APARTIR DEL	MOTIVO	DÍAS	DEL	REANUDACION DE LABORES
31 12 2014				A PARTIR DEL
DÍA MES AÑO				DÍA MES AÑO
MOTIVO:	BAJA POR JUBILACIÓN			

CAMBIO DE RADICACION				
RADICACION	UNIDAD PRESUPUESTAL	PROGRAMA SUBPROGRAMA	ESTADO	MUNICIPIO ZONA DE PAGO
ANTERIOR NUEVA				

**OBSERVACIONES:**  
EL C. RODRIGO VALDEZ RECENDIS PAGADOR HABILITADO DE ESTA DEPENDENCIA CERTIFICA QUE EL C. JUVENAL FERNANDO LEÓN GABIA, COBRO SUELDO HASTA LA QUINCENA 24 DE 2014.  
PAGADOR HABILITADO  
C. RODRIGO VALDEZ RECENDIS

DESCUENTO POR FALTAS		CONCRETOS POR APLICAR	
DÍAS A DESCONTAR POR FALTAS	FECHA FALTA(S)	FECHA RETARDO (S)	QUINCENAS (S)

**AUTORIZACION**

LIC. EDUARDO RAFAEL TOROQUE ALTAMIRANO  
DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO SCT MEXICO

SECRETARIA DE ECONOMIA Y TRANSACCIONES  
CENTRO SCT ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
SUBDIRECCION DE ADMINISTRACION  
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS  
C.P. JESUS ARMANDO TOSTADO MARTINEZ  
SUBDIRECTOR DE ADMINISTRACION

FIRMA DEL TRABAJADOR  
JUVENAL FERNANDO LEÓN GABIA

PERCEPCIONES ACTUALES	
PARTIDA	IMPORTE
11301	\$6,855.50
15402	\$10,190.75
13101	\$225.00
TOTAL	\$17,271.25

00001536

0303

**AVISO DE CAMBIO DE SITUACIÓN DE PERSONAL FEDERAL**

C. DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS HUMANOS  
Presente.

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

G-13-42

CÓDIGO DE OPERACIÓN	DÍA	MES	AÑO	N° DE DOCUMENTO
02	07	01	2015	4
TIPOS DE DOCTO.	N° DE CONTROL INTERNO / DEPENDENCIA			
03	635/211			

NOMBRE	FILIACION	CURP	ADSCRIPCIÓN DEL EMPLEADO	FECHA DE INGRESO
LEÓN GABIA JUVENAL FERNANDO	[REDACTED]	[REDACTED]	RESID. GRAL. DE CONSERVACIÓN DE CARRT.	15/10/1984
NOMBRE DEL PUESTO	REGION	CLAVE DE PAGO	ESTADO	CLAVE PROGRAMATICA
JEFE DE DEPARTAMENTO CFOA001	3	0A01	15	G-003
BAJA	XXX	LICENCIA	MUNICIPIO	ZONA
APARTIR DEL	MOTIVO	DIAS	DEL	AL
31 12 2014	CON SUELDO			
	CON 1/2 SUELDO			
	SIN SUELDO			
MOTIVO:	BAJA POR JUBILACIÓN			

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

**OBSERVACIONES:**  
EL C. RODRIGO VALDEZ RECENDIS PAGADOR HABILITADO DE ESTA DEPENDENCIA CERTIFICA QUE EL C. JUVENAL FERNANDO LEÓN GABIA, COBRO SUELDO HASTA LA QUINCENA 24 DEL 2014.  
PAGADOR HABILITADO: RODRIGO VALDEZ RECENDIS

DESCUENTO POR FALTAS	DIAS A DESCONTAR POR FALTAS	FECHA FALTA (S)	FECHA RETORNO (S)	CONCEPTOS POR APLICAR	ANNO	IMPORTE

**AUTORIZACION**

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES  
CENTRO S.C.T. ESTADO DE MEXICO  
SUBDIRECCION DE ADMINISTRACION  
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS  
C.P. JESÚS ARMANDO TOSTADO MARTINEZ  
SUBDIRECTOR DE ADMINISTRACION

LIC. EDUARDO RAFAEL LÓPEZ ALTAMIRANO  
DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO S.C.T. MEXICO

**FIRMA DEL TRABAJADOR**

JUVENAL FERNANDO LEÓN GABIA

PERCEPCIONES ACTUALES	IMPORTE
11301	\$6,855.50
15402	\$10,190.75
13101	\$225.00
TOTAL	\$17,271.25

00001567

0302





*Señal*  
*PT Denunci*

Toluca, México a 31 de diciembre de 2014

LIC. EDUARDO RAFAEL LUQUE ALTAMIRANO  
DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO SCT MÉXICO  
P R E S E N T E

Por medio del presente, le comunico que por así convenir a mis intereses y motivado porque reúno los requisitos que establece la Ley del ISSSTE (30 años cotizados, así como con la edad), para realizar el trámite para mi jubilación, por lo que con esta fecha le presento mi renuncia al puesto que venía desempeñando como Residente General de Conservación de Carreteras en este Centro SCT.

No sin antes agradecer el apoyo brindado al suscrito, así como las facilidades institucionales y personales para la realización de las actividades y funciones encomendadas, así como para el cumplimiento de las metas.

Agradeciendo la oportunidad que se me brindó de trabajar en esta Secretaría y al mismo tiempo de servir a mi país.

ATENTAMENTE

ING. JUVENAL P. LEÓN GABIA

17 DIC 2014  
12:36

- C.c.p. Ing. Jerónimo A. Báez Torres.- Subdirector de Obras.- Presente
- C.P. Jesús Armando Tostado Martínez.- Subdirector de Administración.- Presente
- C. Rosa María Bertha Berriel Martínez.- Jefa del Departamento de Recursos Humanos.- Presente.



Av. Cerro de las Torres 395, Colonia Campestre Churubusco  
C.P. 04200, México D.F. Tel 5227 3999. www.gnp.com.mx

00001570

Línea Azul ©

**LINEA AZUL**  
Protección Integral

00001499

0299

<b>Contratante:</b>		<b>Domicilio:</b>	AV. UNIVERSIDAD, ESQ. XOLA S/N NARVÁRTE
<b>Secretaría:</b>	SECRETARIA DE COMUNICACION Y TRANSPORTES		03020
<b>Titular:</b>	LEÓN GABIA JUVENAL FERNANDO	<b>R.F.C.:</b>	SCT051121NE5

Vigencia			Fecha de Expedición			Fecha de Ingreso a la Colectividad Asegurada
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
01	10	2014	31	03	2015	15/09/1998

Relación de Asegurados											
No Póliza Básica	No Póliza Potenciada	Certificado	Nombre Completo	Parent.	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo	Fecha de Alta	Antigüedad GNP	Antigüedad Clás. Cias.	Prima total

El presente documento es una copia de la información registrada en el sistema de información de GNP SEGUROS MÉDICA S.A. de CV. Toda la información registrada en el sistema de información de GNP SEGUROS MÉDICA S.A. de CV es confidencial y no debe ser divulgada a terceros sin el consentimiento expreso de GNP SEGUROS MÉDICA S.A. de CV.

Descripción	Coberturas primarias		Coseguro %
	Suma asegurada (SMGM)	Deductible (SMGM)	
GASTOS MÉDICOS MAYORES (PREMIER) (PRESTACIÓN)			
CLAUSULA AMPLIACION DE BENEFICIOS (CAB)			
CLAUSULA DE CONVERSION A INDIVIDUAL (CCI)			

**Coberturas voluntarias**

Observaciones

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

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

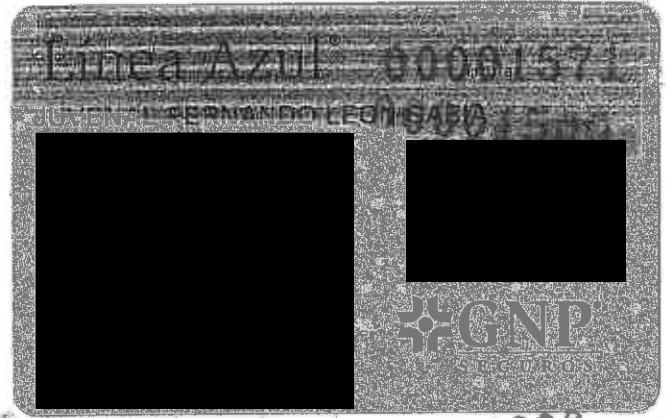
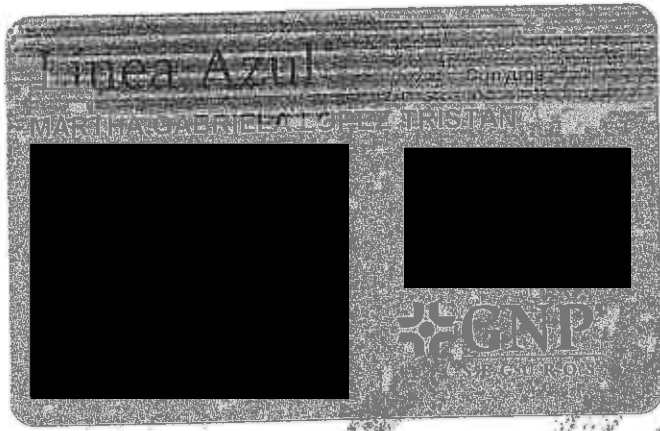
Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (denominada en adelante la Compañía) cubre a los Asegurados arriba citados y los protege de acuerdo con las condiciones y exclusiones de este contrato en caso de accidente o enfermedad, conforme a las coberturas enumeradas y por las sumas aseguradas respectivas, siempre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

	Prestación básica	Potenciación	Ascendencia				
Prima Neta							
IVA							
Total a Pagar							
Forma de pago							

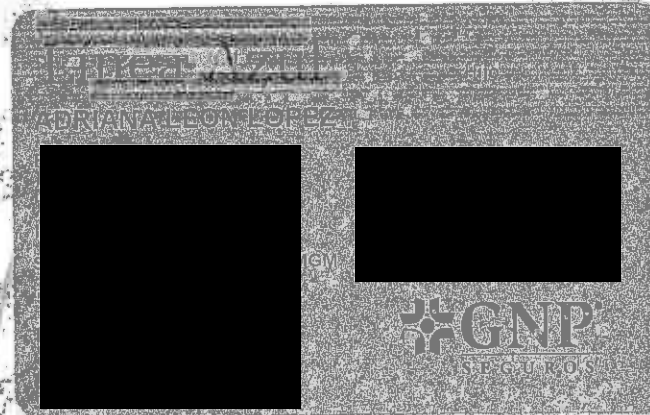
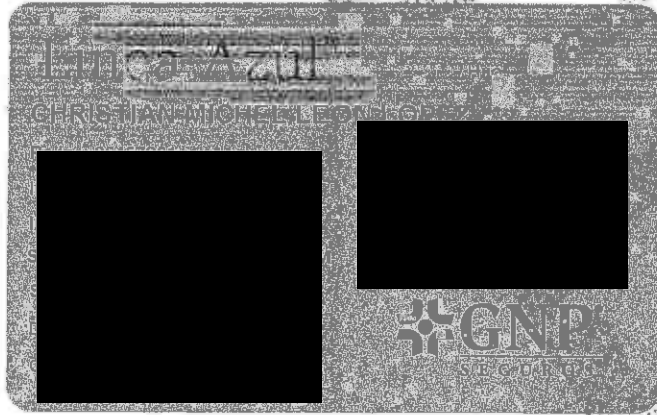
Observaciones:

Recibo original:  
26 / Nov. / 2014

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



0298



Recibi credenciales (4)

26/Nov./2014

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Diana Leon Lopez'.



**C JUVENAL FERNANDO LEON GABIA**  
**RESIDENTE GENERAL DE CONSERVACION DE CARRETERAS**  
**CENTRO S.C.T. MEXICO**

Presente

Con fundamento en el artículo 52 de la Ley del Servicio Profesional de Carrera en la Administración Pública Federal y en el numeral 344 del ACUERDO por el que se emiten las Disposiciones en las materias de Recursos Humanos y del Servicio Profesional de Carrera, así como el Manual Administrativo de Aplicación General en materia de Recursos Humanos y Organización y el Manual del Servicio Profesional de Carrera, se informa a usted que ha certificado sus capacidades profesionales.

“Mérito e igualdad de oportunidades”

México, D.F., 20 de octubre de 2014

Graciela Ramirez De la O

Subdirectora de Desarrollo y Certificación de Capacidades

*Recibí notificación original:*

*13/Noviembre/2014*

Cep. Lic. Víctor Quiroz Santibáñez, Director General de Recursos Humanos  
C.P. Juan Ignacio Hernández Corzo, Director de Planeación y Desarrollo

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

0296

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

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR Y CONTRATANTE			
LEON GABIA JUVENAL FERNANDO SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES		PRIMA NETA:	\$ 0.00
		RECARGO PAGO FRAC:	% 0.00
		GASTOS EXP. DE POLIZA:	\$ 0.00
		SUMA:	\$ 0.00
		IVA:	\$ 0.00
		PRIMA ASEGURADO :	\$ 0.00
		PRIMA CONTRATANTE:	\$ [REDACTED]

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

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

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

Recibí:  
[Signature]

**IMPORTANTE**  
**ESTE CERTIFICADO CANCELA Y SUSTITUYE AL ANTERIOR**  
"Los términos y condiciones del seguro, se encuentran establecidos en las Condiciones Generales del Seguro".  
"Contratada la Cobertura de Potenciación, los términos y condiciones bajo las cuales aplica la Cobertura de Potenciación, se encuentran establecidas en las cláusulas tercera, cuarta y décima de las Condiciones Generales del Seguro".  
"PRIMA ASEGURADO" corresponde a la prima de potenciación y/o ascendientes que de ser contratada por el Asegurado Titular deberá pagar a la Aseguradora quincenalmente a través del descuento por nómina".  
México, D. F., a 01 de JULIO de 2014

[Signature]  
METLIFE MÉXICO, S.A.

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

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

0295

**Artículo 17.-** Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate.

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

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

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

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

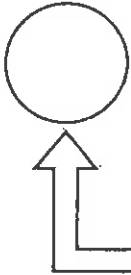
- I. Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al integrante del Grupo o Colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción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

00001575

0294

INFORME DEL CARTERO NUM. \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

LA PIEZA NO FUE ENTREGADA POR CAUSA:  
CUYO NUMERO SE ANOTA EN EL CIRCULO:



1. DIRECCION ERRONEA
2. CAMBIO DE DOMICILIO
3. DESTINATARIO DESCONOCIDO
4. NO RECIBIO DESTINATARIO
5. NO RECLAMADA
6. SIN MARCA DE FRANQUEO
7. OTRAS (ESPECIFICAR) \_\_\_\_\_

# MetLife®

LEON GABIA JUVENAL FERNANDO



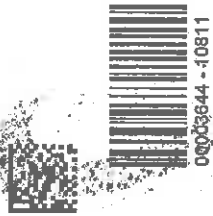
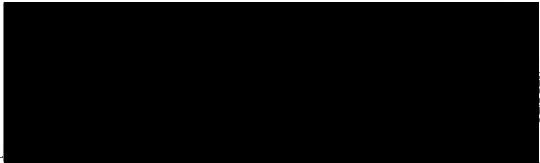
*Recibido 8/12/2014*

# MetLife®

00001576

0293

LEON GABIA JUVENAL FERNANDO



Cuidamos lo que amas de la vida.

BV-2-001

www.metlife.com.n  
01-800-00-METLIFE (638-543)

VE

*Recibi: 8/Agosto/2014*





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

*Recibí: 4/Sept/2014*

DE CONFORMIDAD CON LOS ARTICULOS 6º DE LA LEY DEL I.S.S.T.E. Y 1º DEL REGLAMENTO DE AFILIACIÓN, VIGENCIA DE DERECHOS Y COBRANZA, SE PRESENTA EL SIGUIENTE AVISO DE MODIFICACIÓN DEL SUELDO DEL TRABAJADOR

0297

<b>DATOS DEL TRABAJADOR</b>		<b>CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (C.U.R.P.)</b>	
R.F.C.	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	ENTIDAD	
APELLIDO PATERNO		NOMBRE (S)	
APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)	
LEON		JUVENAL FERNANDO	
GABIA		GABIA	
		CLAVE DE LA CLÍNICA	

001577

<b>DATOS DEL EMPLEO</b>					
NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD:		RAMO	PAGADURÍA		
SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES		00009	63500		
TELEFONO		722-236 06 20			
CLAVE DE GOBRO		SELO			
09076350211		 C. ROSA MARÍA BERTHA BERRIEL MARTÍNEZ NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO FACULTADO			
FECHA DE MODIFICACIÓN DEL SUELDO				SELO DE RECEPCIÓN DEL I.S.S.T.E.	
NOMBRAMIENTO				DELEGACIÓN DDO. DE MEX. SUBDELEGACIÓN DE NOMINACIONES AGO. 13 2014 SUBSECRETARÍA DE DEPTO. DE AFILIACIÓN Y VIGENCIA CLÍNICA	
DÍA 1º	MES 07			AÑO 2012	20
SUELDO BÁSICO DE COTIZACIÓN AL I.S.S.T.E.				SELO DE RECEPCIÓN DEL I.S.S.T.E.	
7,080.50					
SUELDO BÁSICO DE APORTACIÓN AL S.A.R.					
\$6,855.50					
REMUNERACIÓN TOTAL		NIVEL SALARIAL			
\$7,157.50		OA1			

1a. COPIA : DEPENDENCIA O ENTIDAD

LEER INSTRUCCIONES AL REVERSO

INSTRUCTIVO DE LLENADO

**DATOS DEL TRABAJADOR**

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

**DATOS DEL EMPLEO**

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

**FECHA DE MODIFICACION DEL SUeldo**  
 ANOTAR DIA, MES Y AÑO DE LA MODIFICACION DEL SUeldo BASICO DE COTIZACION, UTILIZANDO EL FORMATO NUMERICO DD-MM-AAAA.

**NOMBRAMIENTO**  
 ANOTAR EL NUMERO QUE CORRESPONDA AL TIPO DE NOMBRAMIENTO DEL TRABAJADOR CONFORME A LO SIGUIENTE:

10	BASE	70	OTROS
20	CONFIANZA	75	COMUNICACION VOLUNTARIA
30	EVENTUAL	80	PENSIONISTA
40	BASE/LISTA DE RAYA	85	APORTACION VOLUNTARIA (S.A.R.)
50	LISTA DE RAYA		

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

**NOTA IMPORTANTE**

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

**IMPORTANTE**

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

00001578

0291  
 Recibi: original

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

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

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

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

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

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

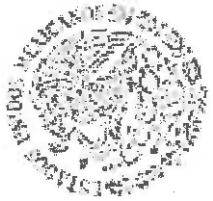
**IMPORTANTE**

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

México, D. F., a 24 de MARZO de 2014

METLIFE MÉXICO, S.A.

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



SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA

NO. DE COMPROBACIÓN: [REDACTED]

R.F.C.: [REDACTED]

MÉXICO, D.F. A 27 DE MAYO DE 2014

DECLARACIÓN DE MODIFICACIÓN PATRIMONIAL 2014

C. JUVENAL FERNANDO LEON GABIA  
SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES  
PRESENTE.

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

LA DECLARACIÓN HA SIDO PRESENTADA EN SOBRE QUE CONTIENE EL ARCHIVO [REDACTED] FUP CON CARACTERES DE AUTENTICIDAD [REDACTED] EL CUAL INCORPORA FIRMA ELECTRÓNICA, EN SUSTITUCIÓN DE LA AUTÓGRAFA Y CON EL MISMO VALOR PROBATORIO, TODA VEZ QUE HE ACEPTADO LAS CONDICIONES GENERALES QUE SE ANEXAN.

CARACTERES DE AUTENTICIDAD DEL ACUSE: [REDACTED]

NUM. 7807987

PAG. 1 de 2

00001579

0290

00001579

SFP

SECRETARÍA DE  
LA FUNCIÓN PÚBLICA

Carta de Aceptación para la utilización del RFC con homoclave y contraseña como firma de la declaración de situación patrimonial.

Numero de transacción: 263372

Dirección General de Responsabilidades y  
Situación Patrimonial  
Secretaría de la Función Pública  
P r e s e n t e

C. JUVENAL FERNANDO LEON GABIA con registro federal de contribuyentes [REDACTED] y correo electrónico jgabia@sct.gob.mx, con fundamento en los artículos 108, 109, fracción III y 113 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1°, 2°, fracción I, 14, 16, 18, 26 y 37 fracciones XVII, XXVI y XXVII de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, en relación con el artículo Segundo Transitorio del Decreto por el que se reforman, anulan y derogan diversas disposiciones de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, publicada en el Diario Oficial de la Federación del 2 de enero de 2013; 1°, 2°, 3° fracción III, 5°, 7°, 8° fracción XV, 35, 36, 37, 38, 39, y 40 de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, así como en el ACUERDO que determina como obligatoria la presentación de las declaraciones de situación patrimonial de los servidores públicos federales, por medios de comunicación electrónica, utilizando para tal efecto, firma electrónica avanzada, del 25 de marzo de 2009 y su modificación mediante acuerdo publicado en el Diario Oficial de la Federación el 25 de abril de 2013, por el cual se establecen los medios a través de los cuales los servidores públicos podrán efectuar su declaración patrimonial, así como la forma de envío, y en virtud de haber optado por firmar mi declaración de situación patrimonial a través del uso de mi Registro Federal de Contribuyentes con homoclave y contraseña utilizados para ingresar al sistema DeclaraNet plus, procedo a realizar las siguientes:

#### DECLARACIONES

1. Toda información que la Secretaría de la Función Pública reciba con mi RFC con Homoclave y contraseña utilizados para ingresar al sistema DeclaraNet plus, es auténtica y atribuible a mi persona, por lo que será de mi exclusiva responsabilidad, la información que esta reciba por medios remotos de comunicación electrónica.
2. Acepto el compromiso de guardar mi contraseña de manera responsable, pues es única y exclusiva para mi acceso al Sistema Electrónico DeclaraNet plus.
3. En virtud de estar de acuerdo con las condiciones antes señaladas, firmo autógrafamente el presente documento, mismo que presentaré ante el Órgano Interno de Control de la dependencia, entidad o institución en la que presto o haya prestado mis servicios, dentro de los 15 días hábiles siguientes a la presentación de la correspondiente declaración de situación patrimonial, acompañado de una copia del acuse de recibo generado por el sistema.

PROTESTO LO NECESARIO

NOMBRE Y FIRMA DEL MANIFESTANTE:

Juvenal F. León Gabia

LUGAR Y FECHA DE ENTREGA:

27 de Mayo del 2014



SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL

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

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES CON

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN

00001581

ANTES DE ELEGIR CUALQUIER OPCIÓN LEA CUIDADOSAMENTE TODO EL DOCUMENTO

CONSIDERACIONES

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

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

LA POTENCIACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO EN NÓMINA SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DEL 1 DE ABRIL DE 2014, EN CASO DE HABER ELEGIDO CONTINUIDAD EN LA POTENCIACIÓN; O BIEN, EN LA FECHA SEÑALADA EN LA PARTE INFERIOR DE ESTE FORMATO, EN CASO DE HABER REALIZADO LA ELECCIÓN POSTERIORMENTE AL INICIO DE VIGENCIA (1 DE ABRIL DE 2014).

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

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

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

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

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

Nombre del Asegurado: Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

FIRMA:

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

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

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

Nombre del Asegurado: LEON GARCIA JUVENAL FERNANDO Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

FIRMA:



Lugar y fecha Toluca, Mexico a 23 de Abril de 2014



DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL QUE LA SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES OTORGA COMO PRESTACIÓN A LOS SERVIDORES PÚBLICOS

NÚMERO DE EXPEDIENTE

[Redacted]

PLATE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN

[Redacted]

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

CONTRATANTE

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES

NOMBRE DEL ASEGURADO

LEON GABIA JUVENAL FERNANDO

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

SUMA ASEGURADA EN MESES

SUMA ASEGURADA BÁSICA : 40 MESES DE LA PERCEPCIÓN ORDINARIA

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

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

FECHA DE INGRESO A LA COLECTIVIDAD

DÍA	MES	AÑO
15	10	1984

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

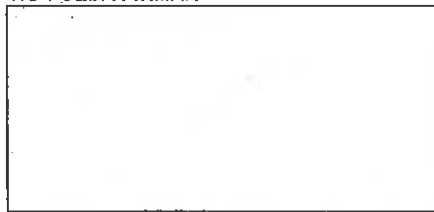
DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

NOMBRE PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	PORCENTAJE	PARENTESCO
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

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

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

ÚNICAMENTE CUANDO EL ASEGURADO NO PUEDA FIRMAR



FIRMA DEL ASEGURADO

HUELLA DEL PULGAR DERECHO

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



SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 1

NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 2

Lugar y fecha en que se firma este consentimiento: Toluca, Mexico

a 23 de Abril de 2014

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

\*BENEFICIARIOS:

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

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

00001583

0286

NO. DE POLIZA:

NO. DE CERTIFICADO:

NO. DE FOLIO:

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

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

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

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

IMPORTANTE
<p>"Los términos y condiciones del seguro, se encuentran establecidos en las Condiciones Generales del Seguro".                      "Contratada la Cobertura de Potenciación, los términos y condiciones bajo las cuales aplica la Cobertura de Potenciación, se encuentran establecidas en las cláusulas tercera, cuarta y décima de las Condiciones Generales del Seguro".                      "PRIMA ASEGURADO" corresponde a la prima de potenciación y/o ascendientes que de ser contratada por el Asegurado Titular deberá pagar a la Aseguradora quincenalmente a través del descuento por nómina".</p> <p>México, D. F., a 07 de ENERO de 2014</p>

*[Signature]*  
METHIFE MEXICO, S.A.

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

Methife México S.A., Boulevard Manuel Ávila Camacho No. 32, Pisos SKL, 14 a 20 y PH, Col. Lomas de Chapultepec, C.P. 44000, Delegación Miguel Hidalgo, México, D.F. Tel. 5328-7000. Lada sin costo 01-800-00-Methife (638-5433)

Recibi: original  
21/Mar./2014



Toluca, Méx., a 03 de abril de 2014

**ING. JUVENAL FERNANDO LEÓN GABIA**  
**RESIDENTE GENERAL DE**  
**CONSERVACIÓN DE CARRETERAS**  
**P R E S E N T E**

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

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

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

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

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

Lo anterior, para su conocimiento y estricta observancia.

ATENTAMENTE  
EL SUBDIRECTOR

JESÚS ARMANDO POSTADO MARTÍNEZ

*Recibi original  
Juvenal F. León Gabia  
8/Abril/2014*



Elaboró:

Julia C. Albarrán Mejía

Revisó:

C. Rosa María Bertha Berriel Martínez

# MetLife®

LEON GABIA JUVENAL FERNANDO



00000524 - 1063

635

Recibi: 6 Marzo 2013

A handwritten signature in black ink, appearing to be a stylized name.

Cuidamos lo que amas de la vida.

BV-2-001

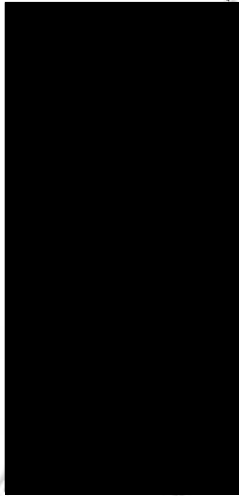
www.metlife.com.mx  
01-800-00 METLIFE (638-5433)

VER.1

00001585

0284

# MetLife®



00000525 - 1063

*Recibi: 6/Marzo/2013*

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

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

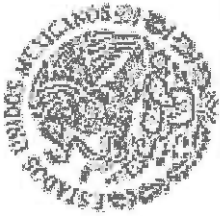
BV-2-001

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

VER. 1

00001536

0283



SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

MÉXICO, D.F. A 29 DE MAYO DE 2013

C. JUVENAL FERNANDO LEON GABIA  
SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES  
PRESENTE.

DECLARACIÓN DE MODIFICACIÓN PATRIMONIAL 2013

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

LA DECLARACIÓN HA SIDO PRESENTADA EN SOBRE QUE CONTIENE EL ARCHIVO [REDACTED] CON CARACTERES DE AUTENTICIDAD [REDACTED] EL CUAL INCORPORA FIRMA ELECTRÓNICA, EN SUSTITUCIÓN DE LA AUTÓGRAFA Y CON EL MISMO VALOR PROBATORIO, TODA VEZ QUE HE ACEPTADO LAS CONDICIONES GENERALES QUE SE ANEXAN.

CARACTERES DE AUTENTICIDAD DEL ACUSE:4f f3 89 be 8f 37 ce 62 4b 60 d1 64 57 a6 24 e5 e7 35 c5 b2

PARA [REDACTED] EXCLUSIVO DE LA SECRETARÍA  
NO. DE COMPROBACIÓN: [REDACTED]  
R.F.C. [REDACTED]

NUM. 7032620 00001537  
PAG. 1 de 2 0282

2013/05/29



Carta de Aceptación para la utilización del RFC con homoclave y contraseña como firma de la declaración de situación patrimonial.

Numero de transacción: 71104

Dirección General de Responsabilidades y Situación Patrimonial  
Secretaría de la Función Pública  
Presente

0281

C. JUVENAL FERNANDO LEON GABIA con registro federal de contribuyentes [redacted] y correo electrónico jgabia@sct.gob.mx, con fundamento en los artículos 108, 109, fracción III y 113 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1º, 2º, fracción I, 14, 16, 18, 26 y 37 fracciones XVII, XXVI y XXVII de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, en relación con el artículo Segundo Transitorio del Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, publicada en el Diario Oficial de la Federación del 2 de enero de 2013; 1º, 2º, 3º fracción III, 5º, 7º, 8º fracción XV, 35, 36, 37, 38, 39, y 40 de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, así como en el ACUERDO que determina como obligatoria la presentación de las declaraciones de situación patrimonial de los servidores públicos federales, por medios de comunicación electrónica, utilizando para tal efecto, firma electrónica avanzada, del 25 de marzo de 2009 y su modificación mediante acuerdo publicado en el Diario Oficial de la Federación el 25 de abril de 2013, por el cual se establecen los medios a través de los cuales los servidores públicos podrán efectuar su declaración patrimonial, así como la forma de envío, y en virtud de haber optado por firmar mi declaración de situación patrimonial a través del uso de mi Registro Federal de Contribuyentes con homoclave y contraseña utilizados para ingresar al sistema DeclaraNet plus, procedo a realizar las siguientes:

DECLARACIONES

1. Toda información que la Secretaría de la Función Pública reciba con mi RFC con Homoclave y contraseña utilizados para ingresar al sistema DeclaraNet plus, es auténtica y atribuible a mi persona, por lo que será de mi exclusiva responsabilidad, la información que esta reciba por medios remotos de comunicación electrónica.

2. Presto el compromiso de guardar mi contraseña de manera responsable, pues es única y exclusiva para mi acceso al Sistema Electrónico DeclaraNet plus.

3. En virtud de estar de acuerdo con las condiciones antes señaladas, firmo autógrafamente el presente documento, mismo que presentaré ante el Órgano Interno de Control de la dependencia, entidad o institución en la que presto o haya prestado mis servicios, dentro de los 15 días hábiles siguientes a la presentación de la correspondiente declaración de situación patrimonial, acompañado de una copia del acuse de recibo generado por el sistema.

PROTESTO LO NECESARIO

NOMBRE Y FIRMA DEL MANIFESTANTE:

Juvenal Fernando León Gabia

LUGAR Y FECHA DE ENTREGA:

Toluca, Edo. de Mexico, a 29 de mayo de 2013.

# MetLife®

LEON CABIA JIMENA PEREZ



00003524 - 8094

*Recibir: 6/Asp/2013*



Cuidamos lo que amas de la vida.

BV-2-001

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

VER.1

00001589

0280

# MetLife®

LEON GABIA JUVENAL FERNANDO



INFORMACION DEL SERVIDOR PUBLICA

Recibi: 6/Dgo/2013

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

BV-2-001

VER.1

Cuidamos lo que amas de la vida.

00001500

0273



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

NO. DE POLIZA:

NO. DE CERTIFICADO:

NO. DE FOLIO:

278

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR Y CONTRATANTE			PRIMA NETA:	
LEON GABIA JUVENAL FERNANDO			\$	0.00
SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES			RECARGO PAGO FRAC:	% 0.00
VIGENCIA			GASTOS EXP. DE POLIZA:	\$ 0.00
FORMA DE PAGO			SUMA:	\$ 0.00
DE LAS 00 Hrs. DIA MES AÑO	A LAS 24 Hrs. DIA MES AÑO	MENSUAL	IVA:	\$ 0.00
01/01/2013	31/12/2013		PRIMA ASEGURADO :	\$
			PRIMA CONTRATANTE:	\$

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

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

Recibido original  
24/Enero/2013

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

IMPORTANTE	
<p>"Los términos y condiciones del seguro, se encuentran establecidos en las Condiciones Generales del Seguro". "Contratada la Cobertura de Potenciación, los términos y condiciones bajo las cuales aplica la Cobertura de Potenciación, se encuentran establecidas en las cláusulas tercera, cuarta y décima de las Condiciones Generales del Seguro". "PRIMA ASEGURADO" corresponde a la prima de potenciación y/o ascendientes que de ser contratada por el Asegurado Titular deberá pagar a la Aseguradora quincenalmente a través del descuento por nómina".</p> <p>México, D. F., a 02 de ENERO de 2013</p>	<p>METLIFE MÉXICO, S.A.</p>


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



00001592

0277


~~00001592~~

**MetLife** 

MédicaLife  
PLAN GUBERNAMENTAL

[Redacted]


[Redacted]

**MetLife** 

MédicaLife  
PLAN GUBERNAMENTAL

[Redacted]


[Redacted]

**MetLife** 

MédicaLife  
PLAN GUBERNAMENTAL

[Redacted]

[Redacted]

**MetLife** 

MédicaLife  
PLAN GUBERNAMENTAL

[Redacted]

[Redacted]

# MetLife®

LEON GABIA JUVENAL FERNANDO



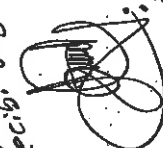
00005447 - 1

Cuidamos lo que amas de la vida.

BV-2-001

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

VER. 1

*Recibí original.*  
  
15 / Agosto / 2012

00001593

~~00001593~~

0276

# MetLife®

LEON GABIA JUVENAL FERNANDO



00005446 -

*[Large handwritten signature]*

Cuidamos lo que amas de la vida.

BV-2-001

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

VER.1

00001594

~~00001593~~

0275

*Recibí original*

*15/ago/2012*

00001595

**CENTRO SCT ESTADO DE MÉXICO  
DIRECCIÓN GENERAL  
C.SCT.6.10.142/2012**

0274  
Forma C. G. -1-A

**Expediente No. DR-0148/2010**

**Asunto: SE REMITE RESOLUCIÓN PARA  
CUMPLIMIENTO.**



SECRETARÍA DE COMUNICACIONES  
Y  
TRANSPORTES

Toluca, México a 03 de septiembre de 2012

**ING. GELACIO CARREÑO ROMÁN**  
SUBDIRECTOR DE OBRAS DEL CENTRO  
SCT ESTADO DE MÉXICO  
P R E S E N T E

CENTRO SCT ESTADO DE MEXICO  
SUBDIRECCION DE ADMINISTRACION  
DPTO. DE RECURSOS HUMANOS

11 SEP 2012

RECIBIDO POR: M. H. [Signature]  
HORA: \_\_\_\_\_

Le informo que el pasado 30 de Agosto del año en curso, se recibió en las oficinas de esta Dirección General el oficio número 09/300/1528/2012, de fecha 23 de Agosto de 2012, signado por el Lic. Héctor Manuel Montes Gaytán, Titular del Área de Responsabilidades del Órgano Interno de Control en la SCT, mediante el cual remite para su cumplimiento la Resolución de fecha veinticuatro de Julio de dos mil doce, en donde se determinó que el servidor público **JUVENAL FERNANDO LEÓN GABIA**, Residente General de Conservación de Carreteras, es **administrativamente responsable por inobservancia** a las fracciones I y XXIV del artículo 8º de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, motivo por el cual se le impuso la sanción administrativa consistente en **AMONESTACIÓN PÚBLICA**.

En tal virtud, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 16, fracción I y 30, párrafo primero de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, en relación con los artículos 10, fracción V, 43 y 44 fracción I del Reglamento interior de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, le remito la resolución en comento a fin de que proceda a cumplimentar la sanción señalada.

Sin otro particular, le envío un cordial saludo.

**ATENTAMENTE  
DIRECTOR GENERAL**

**LIC. OSCAR RAÚL CALLEJO SILVA**

C.c.p.- Subdirector de Administración del Centro SCT Estado de México.- Conocimiento  
Jefa del Departamento de Recursos Humanos del Centro SCT Estado de México.- conocimiento

Calle Igualdad No. 100 Tercer Piso, Santiago Tlaxomulco, C.P. 50280, Toluca, México.  
Teléfono: (722) 236-06-33 C. E. ocallejo@sct.gob.mx

**CENTRO SCT MEXICO  
SUBDIRECCION DE ADMINISTRACION  
DEPTO. DE RECURSOS HUMANOS  
No.OF.C.SCT.6.10.411.-0537/2012.**

00001596

0273

00001595

*Amor*  
*S*

CENTRO SCT MEXICO  
SUBDIRECCION DE ADMINISTRACION  
DEPTO. DE RECURSOS HUMANOS  
14/18  
SUBDIRECCION DE OBRAS

CENTRO SCT MEXICO  
SUBDIRECCION DE ADMINISTRACION  
DEPTO. DE RECURSOS HUMANOS  
16 JUL 2012  
RECIBIDO POR: *Licha*  
HORA: 14:17

Toluca, Méx., a 16 de julio de 2012

*A*

**LIC. ADRIAN PEDROZA REYES  
JEFE DE LA UNIDAD DE  
ASUNTOS JURIDICOS  
P R E S E N T E**

En atención a su oficio No. C.SCT.6.10.305.2771/2012 de fecha 13 de julio del año en curso, a través del cual hace del conocimiento solicitud de la Unidad de Enlace para la Transparencia y Acceso a la Información Pública número 155312, mediante la cual solicita diversa información.

Al respecto, informo a usted que actualmente el C. Ing. Juvenal Fernando León Gabia se desempeña como Residente General de Conservación de Carreteras en este Centro SCT, se anexa constancia de nombramiento y cédula profesional.

En relación a la cobertura de plazas vacantes eventuales en este Centro SCT, no tuvimos eventual en la Residencia General de Conservación de Carreteras.

Sin otro particular, le envío un cordial saludo

**ATENTAMENTE  
JEFA DEL DEPARTAMENTO  
DE RECURSOS HUMANOS**

**C. ROSA MARÍA BERTHA BERRIEL MARTINEZ**

CENTRO SCT ESTADO DE MEXICO  
SUBDIRECCION DE ADMINISTRACION  
DEPARTAMENTO DE RECURSOS FINANCIEROS E INGRESOS  
16 JUL 2012  
OFICINA DE INGRESOS  
RECIBIDO POR: *Araceli*  
HORA: 14:14

- C.c.p. Lic. Oscar Raúl Callejo Silva.-Director General del Centro SCT.-Presente.
- C.c.p. Ing. Gelacio Carreño Román.-Subdirector de Obras.-Presente.
- C.c.p. C.P. Álvaro Genaro Urbina Moncayo.-Encargado del Despacho de la Subdirección de Administración.-Presente.

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES CENTRO S.C.T.  
ESTADO DE MEXICO  
16 JUL 2012 14:16/14  
RECIBIDO  
UNIDAD DE ASUNTOS JURIDICOS

RMBBM live.



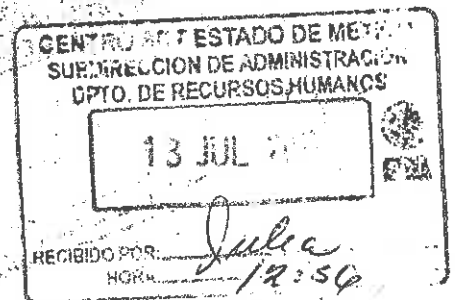
Toluca, Méx., a 13 de julio de 2012

**C. ROSA MA. BERTHA BERRIEL MARTINEZ**  
**JEFA DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS**

Adjunto para su atención, solicitud de la Unidad de Enlace para la Transparencia y Acceso a la Información Pública número 155312, solicitando a usted que con fundamento en el Artículo 42 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, proporcionar la información solicitada o manifieste que área puede tener la información requerida, agradeciéndole remita la respuesta a esta Unidad a más tardar el martes 17 del mes en curso, antes de las 12:00 horas.

**A T E N T A M E N T E**  
**SERVIDOR PUBLICO HABILITADO PARA LA**  
**ATENCION DE SOLICITUDES DE INFORMACION**  
**EN EL CENTRO SCT ESTADO DE MEXICO**

  
**LIC. ADRIAN PEDROZA REYES**



c.c.p.- Archivo - Minutario  
APR\*SSTG\*jau

Lic. Adrián Pedroza Reyes

De: Lic. Marco Antonio Jasso [mjassoo@sct.gob.mx]  
 Enviado el: jueves, 12 de julio de 2012 07:05 p.m.  
 Para: 'Jose Antonio Solorzano Ochoa'; 'LIC. JULIO C. PANTI SALAZAR'; jibanezs@sct.gob.mx; 'ING. MIGUEL ANGEL PINEDA VELAZQUEZ'; 'LIC. ALEJANDRO SANDOVAL CANALES'; 'LIC. JOSEUE CADENA FERNANDEZ'; 'Adriana Esthela Munoz Rodriguez'; 'LIC. LUZ ARACELY MOTA LOZA'; 'Maria Monserrat Garza Salgado'; 'María del Carmen Robles Guadarrama'; jmruizju@sct.gob.mx; 'Eduardo Vazquez Espinoza'; 'Lic. Denis Hailet Rios del Valle'; 'Genaro Tolosa Zamora'; apedrozr@sct.gob.mx; 'Ing. Jose Luis Silva Ramos'; fmendezs@sct.gob.mx; 'ING. SAMUEL ARAIZA VAZQUEZ'; 'Norma Armida Coronado Hidalgo'; 'Victor Robles Uriostegui'; 'Oscar Pinto Hermosillo'; 'Alvaro Rullan Silva'; 'Salvador Perez Alcaraz'; mamartin@sct.gob.mx; jjimenes@sct.gob.mx; cavilesh@sct.gob.mx; 'Martha Elena Martinez Avila'; asvelard@sct.gob.mx; 'Lic. Jose Alvaro Uc Duarte'; mpimente@sct.gob.mx; 'ING. JOSE VAZQUEZ ALMANZA'; rgonzace@sct.gob.mx; bbarraza@sct.gob.mx; 'Jose David Arturo Ramirez Flores'  
 CC: 'Jonathan Reyes Vidal'  
 Asunto: RV: SE ENVIA LA SOLICITUD 900155312  
 Importancia: Alta

DIRECCIÓN GENERAL DE EVALUACIÓN  
 DIRECCIÓN DE ENLACE Y COORDINACIÓN CON CENTROS SCT  
 SUBDIRECCIÓN DE ENLACE PRESUPUESTAL CON CENTROS SCT

12 DE JULIO DE 2012

**SERVIDORES PÚBLICOS HABILITADOS PARA LA TRANSPARENCIA Y EL ACCESO A LA INFORMACIÓN EN LOS CENTROS SCT**  
**Presentes**

Por instrucciones superiores, me permito enviarles la solicitud de información No. 900155312, remitida a la Coordinación General de Centros SCT a través del SISITUR el pasado 3 de julio del año en curso, mediante la cual el peticionario requirió lo siguiente:

*"Del programa para la cobertura de plazas vacantes eventuales de los Centros SCT llevado a cabo en el 2008, y de acuerdo al oficio 5.2.018 del 7 de Marzo del 2008 suscrito por el Lic. Rudy O. Albertos Cámara quien era el Director General de recursos Humanos de la SCT. Además de lo asentado en las políticas, bases y lineamientos para la contratación de obras públicas y servicios relacionados en la Secretaría de Comunicaciones y Transportes de fecha junio del 2007. Solicito los nombres de los servidores públicos y al centro SCT adscritos y la licenciatura con que cuentan, de quienes se les otorgó la plaza vacante eventual de Residente General de conservación de Carreteras y que no cuentan con la CÉDULA PROFESIONAL como INGENIEROS CIVILES, ARQUITECTOS, INGENIEROS CONSTRUCTORES o INGENIEROS ARQUITECTOS o cualquier otra licenciatura a fin a la naturaleza de los trabajos, de acuerdo a lo estipulado en las POLITICAS, BASES Y LINEAMIENTOS de la SCT vigentes en ese momento. Así como copia de los documentos que contengan la JUSTIFICACIÓN para otorgar dicha plaza vacante eventual, a personas que no cumplieran con lo estipulado en las políticas, bases y lineamientos para la contratación de obras públicas y servicios, relacionados en la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, en lo referente a la cedula profesional en las licenciaturas ya mencionadas.*

*También requiero el nombre de los servidores públicos, que actualmente se desempeñan como Residentes Generales de Conservación de Carreteras en los diversos*

*ING. JUZUA  
 (575) - 10000*

Centros SCT y que no cuentan con alguna de las licenciaturas terminadas y con cedula en INGENIERIA CIVIL, ARQUITECTOS, INGENIEROS CONSTRUCTORES o INGENIEROS ARQUITECTOS o cualquier otra licenciatura a fin a la naturaleza de los trabajos en obra pública.

Del oficio 66.532.029.2008 del 20 de agosto del 2008 emitido por el director general de evaluación de la SCT, referente a la estructura autorizada tipo para los centros SCT, requiero conocer nombre y centro SCT adscrito, además del nombre de la licenciatura con la que cuenten, de los ciudadanos a quienes se le otorgaron las plazas de Residente General de Conservación de Carreteras, y que no cuentan con alguna licenciatura en INGENIERIA CIVIL, ARQUITECTOS, INGENIEROS CONSTRUCTORES o INGENIEROS ARQUITECTOS o cualquier otra licenciatura a fin a la naturaleza de los trabajos en obra pública, que se señalan en las POLITICAS, BASES Y LINEAMIENTOS de la SCT vigentes en ese momento (año 2008).

Así como la justificación para no cumplir con lo exigido en dicha normatividad (Políticas, Bases y Lineamientos de la SCT).

Finalmente de no existir alguna justificación indicarme si de acuerdo a la normatividad que rige a la SCT, esta situación representa una irregularidad y como tal debe de comunicarse al OIC en la SCT.

#### Otros datos

En la Dirección de Recursos Humanos de la SCT se pude ubicar la información, además de la Subsecretaría de Infraestructura de la SCT. En las POLITICAS, BASES Y LINEAMIENTOS PARA LA CONTRATACIÓN DE OBRAS PÚBLICAS Y SERVICIOS RELACIONADOS EN LA SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES de junio del 2007 (vigentes al momento de seleccionar a los ciudadanos que ocuparían las plazas vacantes eventuales, las cuales eran de observancia obligatoria para las unidades administrativas que conforman la SCT), señalan que los responsables de la ejecución de las obras públicas y servicios relacionados con las mismas, como residentes, residentes generales y subdirectores de obras, así como jefes de departamento o superiores, deberán contar con CÉDULA PROFESIONAL como INGENIEROS CIVILES, ARQUITECTOS, INGENIEROS CONSTRUCTORES o INGENIEROS ARQUITECTOS o cualquier otra licenciatura a fin a la naturaleza de los trabajos, por lo que de acuerdo a lo anterior no se debió otorgar dicha plaza a un ingeniero distinto a las licenciaturas ya señaladas, sin embargo en caso de existir, quiero pensar que existe un justificación legal para ello, la cual es la que estoy precisamente solicitando".

Al respecto y de conformidad con lo establecido en el artículo 42 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental (LFTAIPG), mucho les agradeceré informen al suscrito por este medio, si en los archivos de sus respectivas Unidades Administrativas disponen de la información requerida, ya sea en forma impresa o electrónica, de ser el primer caso, favor de indicar el número de fojas en los que se encuentra la información solicitada.

**A efecto de consolidar y entregar oportunamente la información solicitada a la Unidad de Enlace, les agradeceré que remitan su respuesta al suscrito a más tardar el martes 17 de julio, antes de las 15:00 horas.**

Sin más por el momento, quedo a sus órdenes y aprovecho la ocasión para enviarle un afectuoso saludo.

ATENTAMENTE

MARCO A. JASSO OLIVARES

Auxiliar del Servidor Público de Enlace en la CGCSCT para los efectos de la LFTAIPG



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