NOMBRE

MOVIMIENTOS AFILIATORIOS ANTE EL ISSSTE

OBJETIVO

Realizar ante la Delegación Estatal del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) los trámites administrativos necesarios respecto avisos de altas, bajas y modificación de sueldos del personal adscrito a la Delegación Federal en el Estado, vigilando el cumplimiento de los lineamientos establecidos en el "Manual de Movimientos Afiliatorios (MMA)", con el objeto de asegurar que los derechohabientes disfruten de los seguros, prestaciones y servicios que otorga el Instituto.

PROCESO

ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

DEFINICIONES Y ACRÓNIMOS

DEFINICIONES:

Alta.- Registro inicial (o reingreso) del trabajador ante el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Baja.- Cancelación del registro del trabajador ante el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Modificación de Salarios.- Cambio del sueldo básico de cotización del trabajador.

Movimiento Afiliatorio.- Alta, baja y modificación salarial del personal que se registra en la base de datos del programa "Manual de Movimientos Afiliatorios (MMA)" establecido por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

ACRÓNIMOS:

DGAC.- Dirección General Adjunta de Compensaciones.

DGDHO.- Dirección General de Desarrollo Humano y Organización.

ISSSTE.- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

MMA.- Manual de Movimientos Afiliatorios.

SAI.- Subdelegación de Administración e Innovación.

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

- La incorporación al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) generará los derechos del trabajador (ex trabajador, pensionista directo y de sus familiares derechohabientes) y determinará las prestaciones médicas que puede recibir, de conformidad con el Artículo 6º de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y los artículos 14 y 25 del Reglamento de Afiliación, Vigencia de Derechos y Cobranza del ISSSTE.

- Será responsabilidad de la Subdelegación de Administración e Innovación (SAI), a través del Departamento de Recursos Humanos, gestionar en tiempo y forma los trámites de alta, baja y modificación de sueldo ante la Delegación Estatal del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

- El Departamento de Recursos Humanos, de conformidad con la normatividad establecida por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), deberá realizar los trámites, en un plazo no mayor a 30 días hábiles a partir de la fecha en que se registre ante la Dependencia la alta, baja y modificación de salario del trabajador.

- Para que los beneficiarios de los trabajadores de esta Secretaría reciban las prestaciones que les corresponden ante el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), deberán cumplir los requisitos que se establecen en la Ley del ISSSTE y sus reglamentos, con el propósito de garantizar su otorgamiento en las mejores condiciones de tiempo y calidad.

- La Subdelegación de Administración e Innovación (SAI), mediante el Departamento de Recursos Humanos validará invariablemente la información contenida en los formatos afiliatorios (anexos 1, 2 ó 3) para que el trámite se realice ante el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en tiempo y forma.

- El Departamento de Recursos Humanos deberá atender con oportunidad aquellos movimientos afiliatorios solicitados que fueron rechazados por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), mediante la investigación, recopilación e integración de los datos necesarios para su reenvío ante dicha autoridad y lograr su aceptación correspondiente.

INDICADORES

Nombre del Indicador: Movimientos afiliatorios atendidos
Responsable de obtenerlo: Departamento de Recursos Humanos
Periodicidad: Semestral
Unidad de Medición: (Número de movimientos afiliatorios realizados / Número de movimientos afiliatorios solicitados) x 100%

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	
	No.	DESCRIPCIÓN
Departamento de Recursos Humanos	1	Solicita a la Delegación Estatal del ISSSTE, de acuerdo a las solicitudes presentadas por el personal de la Delegación Federal, los formatos de “Aviso de baja del trabajador” (anexo 1), “Aviso de alta del trabajador” (anexo 2) y “Aviso de modificación de sueldo del trabajador” (anexo 3).
	2	Recibe y requisita en tiempo y forma los formatos entregados con la información del personal sujeto a algún trámite de movimiento afiliatorio.
	3	Recaba las firmas del trabajador y el responsable de la Subdelegación de Administración e Innovación facultado para firmar, así como, plasma el sello de la Delegación Federal en.
	4	Elabora en dos originales y copia el oficio, solicitando a la Delegación Estatal del ISSSTE la alta, baja o modificación de sueldo del trabajador.
	5	Recaba del Subdelegado de Administración e Innovación su firma de autorización en el oficio de solicitud para su envío correspondiente.
	6	Distribuye los documentos debidamente firmados de la siguiente manera: ⇒ Original 1.- Delegación Estatal del ISSSTE, adjuntando el “Aviso de baja del trabajador”, “Aviso de alta del trabajador” y “Aviso de modificación de sueldo del trabajador” según corresponda, para su atención. ⇒ Original 2.- Departamento de Recursos Humanos para su archivo y control. ⇒ Copia.- Acuse de recibido de la Delegación Estatal del ISSSTE, anexando copia de los formatos elaborados para el expediente del trabajador.
	7	Recibe de la Delegación Estatal del ISSSTE dos copias de los anexos 1, 2 ó 3 (avisos) autorizados y los envía como a continuación se relaciona:

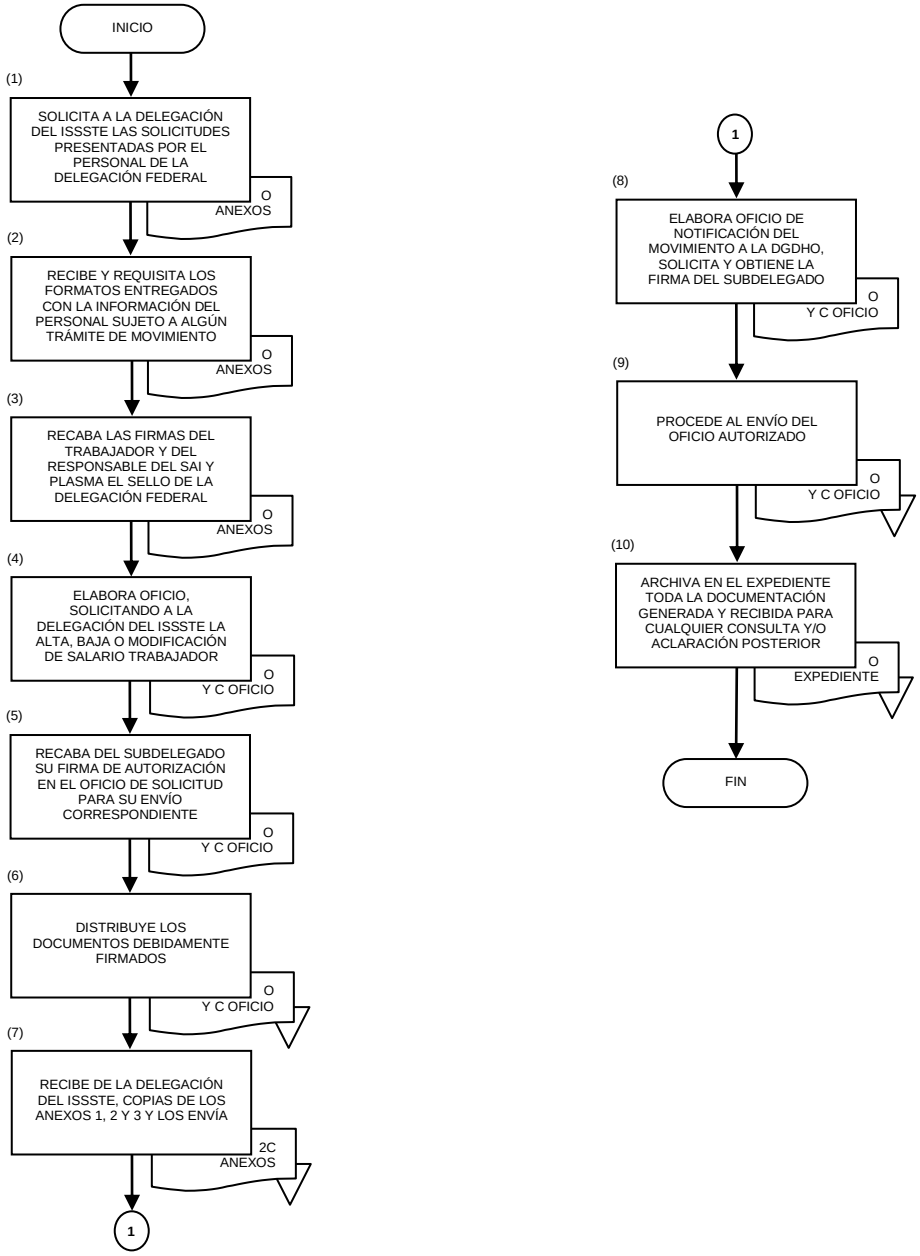
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	
	No.	DESCRIPCIÓN
		⇒ Copia 1.- Departamento de Recursos Humanos para su archivo y control. ⇒ Copia 2.- Trabajador para su conocimiento.
	8	Elabora en dos originales y una copia oficio de notificación del movimiento afiliatorio dirigido a la Dirección General de Desarrollo Humano y Organización (DGDHO), solicita y obtiene la firma de autorización del Subdelegado de Administración e Innovación en dicho documento para que sea distribuido.
	9	Procede al envío del oficio autorizado como se indica: ⇒ Original 1.- Dirección General Adjunta de Compensaciones de la DGDHO para su conocimiento. ⇒ Original 2.- Departamento de Recursos Humanos para su archivo y control. ⇒ Copia.- Acuse de recibido de la Dirección General Adjunta de Compensaciones de la Dirección General de Desarrollo Humano y Organización para el expediente del trabajador.
	10	Archiva en el expediente de movimientos afiliatorios toda la documentación generada y recibida durante el desarrollo del presente procedimiento para cualquier consulta y/o aclaración posterior.

TOTAL DE ACTIVIDADES:	**10**
PRODUCTO O SERVICIO:	**Alta, baja y modificación de salario del personal autorizados**
PROCEDIMIENTO(S):	**Alta de personal de base y de confianza; Baja de personal de base y de confianza**

DIAGRAMA DE FLUJO

DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS



ANEXO No. 1

NOMBRE: AVISO DE ALTA DEL TRABAJADOR

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

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

DATOS DEL TRABAJADOR

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION (C.U.R.P.)					
1.					
R.F.C.	NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	ENTIDAD DE NACIMIENTO	CLAVE ENT. NAC	ESTADO CIVIL	SEXO
2	3	4		5	M ☐ 6 F ☐
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)			
7					
DOMICILIO: CALLE	N° EXT.	N° INT	LOCALIDAD O COLONIA		
8			9		
MUNICIPIO DELEGACION POLITICA (D.F.)	ENTIDAD FEDERATIVA		CODIGO POSTAL		
10	11		12		
	NOMBRE Y CLAVE DE LA CLINICA				
	13				

DATOS DEL EMPLEO

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD	RAMO	PAGADURIA	TELEFONO
14	15	16	17

DOMICILIO: CALLE	NUMERO	LOCALIDAD O COLONIA
18		19

MUNICIPIO DELEGACION POLITICA (D.F.)	ENTIDAD FEDERATIVA	CODIGO POSTAL
20	21	22

CLAVE COBRO
23

FECHA DE INGRESO (DIA / MES 24 / AÑO) — **NOMBRAMIENTO** 25

SUELDO BASICO DE COTIZACION I.S.S.S.T.E.
26

SUELDO BASICO COTIZACION S.A.R.
27

REMUNERACION TOTAL
28

29
FIRMA DEL TRABAJADOR

SELLO
30
NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO FACULTADO

31
SELLO DE RECEPCION DEL I.S.S.ST.E.

INSTRUCTIVO DE LLENADO **ANEXO No. 1**

NOMBRE: **AVISO DE ALTA DEL TRABAJADOR**

ESPACIO	No.	DESCRIPCIÓN (debe anotarse)
CURP	1	Clave única de registro de población del trabajador.
R.F.C.	2	Registro Federal de Contribuyentes del trabajador, con homoclave en su caso.
NSS	3	Si el trabajador reingresa como cotizante al ISSSTE y si no ha cotizado dejar el espacio en blanco.
Entidad de nacimiento	4	Nombre de la entidad federativa en la que nació el trabajador.
Estado civil	5	Indicar el número que corresponda al estado civil. 1 soltero(a) ó 2 casado(a).
Sexo	6	Señalar con una "x" el recuadro correspondiente al sexo del trabajador: h hombre; m mujer.
Apellido paterno, materno y nombre(s)	7	Apellido paterno, apellido materno y nombre(s) del trabajador.
Domicilio: calle, No. exterior y No. interior	8	Nombre de la calle y los números exterior e interior del domicilio particular del trabajador.
Localidad o colonia	9	Nombre de la localidad o colonia del domicilio particular del trabajador.
Municipio o delegación política	10	Nombre de la delegación política en el (D.F.) o el nombre del municipio (en los estados).
Entidad federativa	11	Nombre completo del estado.
Código postal	12	Código postal del domicilio.
Nombre y clave de la clínica	13	Para uso exclusivo del ISSSTE.
Nombre de la dependencia o entidad	14	Denominación oficial de la dependencia o entidad.

INSTRUCTIVO DE LLENADO **ANEXO No. 1**

NOMBRE: **AVISO DE ALTA DEL TRABAJADOR**

ESPACIO	No.	DESCRIPCIÓN (debe anotarse)
Ramo	15	Número de ramo registrado ante el ISSSTE.
Pagaduría	16	Número de pagaduría registrado ante el ISSSTE.
Teléfono	17	Número telefónico del funcionario facultado por la dependencia o entidad para autorizar movimientos afiliatorios ante ISSSTE.
Domicilio: calle y número exterior	18	Nombre de la calle y el número exterior.
Localidad o colonia	19	Nombre de la localidad o colonia.
Municipio o delegación política	20	En el interior de la República Mexicana anotar el municipio y en el Distrito Federal anotar el nombre de la Delegación Política correspondiente.
Entidad federativa	21	Nombre del estado.
Código postal	22	Código postal del domicilio.
Clave de cobro	23	Dato alfanumérico que utiliza la dependencia para relacionar los códigos presupuéstales.
Fecha de ingreso	24	Día, mes y año del último ingreso del trabajador a la Dependencia.
Nombramiento	25	Número que corresponde al tipo de nombramiento del trabajador: 10 base 20 confianza 30 eventual 40 base/lista de raya 50 lista de raya
Sueldo básico de cotización al ISSSTE	26	Sueldo básico de cotización mensual al ISSSTE en pesos y centavos.
Sueldo básico de aportación al SAR	27	Sueldo básico de aportación mensual al sistema de ahorro para el retiro en pesos y centavos.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

ANEXO No. 1

NOMBRE: **AVISO DE ALTA DEL TRABAJADOR**

ESPACIO	No.	DESCRIPCIÓN (debe anotarse)
Remuneración total	28	Ingreso mensual del trabajador, considerando todas las prestaciones económicas de carácter permanente en pesos y centavos.
Firma del trabajador	29	Firma autógrafa del trabajador.
Sello, nombre y firma del funcionario facultado	30	Nombre y la firma autógrafa del funcionario facultado por la dependencia y sello de la dependencia.
Sello de recepción del ISSSTE	31	Para uso exclusivo del ISSSTE.

ANEXO No.__2

NOMBRE: AVISO DE BAJA DEL TRABAJADOR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

SUBDIRECCION GENERAL DE PRESTACIONES ECONOMICAS

SUBDIRECCION DE AFILIACION Y VIGENCIA

DE CONFORMIDAD CON LOS ARTICULOS 6° DE LA LEY DEL I.S.S.S.T.E.
14 Y 25 DEL REGLAMENTO DE
AFILIACION, VIGENCIA DE DERECHOS Y COBRANZA,
SE PRESENTA EL SIGUIENTE:
AVISO DE BAJA DEL TRABAJADOR

DATOS DEL TRABAJADOR			CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION (C.U.R.P.) 1	
R.F.C. 2	NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL 3		ENTIDAD DE NACIMIENTO 4	CLAVE ENT. NAC.
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S) 5		

DATOS DEL EMPLEO		CLAVE DE LA CLINICA 6
NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD 7		TELEFONO 8

RAMO 9	SELLO 17 NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO FACULTADO	18 SELLO DE RECEPCION DEL I.S.S.S.T.E.
PAGADURIA 10		
CLAVE DE COBRO 11		
ULTIMO SUELDO BASICO DE COTIZACION AL I.S.S.S.T.E. 12		
ULTIMO SUELDO BASICO DE APORTACION SAR 13		
ULTIMA REMUNERACION TOTAL 14		
FECHA DE BAJA EN EL EMPLEO: DIA / MES 15 / AÑO	CAUSA DE LA BAJA 16	

INSTRUCTIVO DE LLENADO

ANEXO No. 2

NOMBRE: **AVISO DE BAJA DEL TRABAJADOR**

ESPACIO	No.	DESCRIPCIÓN (debe anotarse)
CURP	1	Clave única de registro de población del trabajador.
R.F.C.	2	Registro federal de contribuyentes del trabajador.
NSS	3	Número de seguridad social registrado ante el ISSSTE.
Entidad de nacimiento	4	Nombre de la entidad federativa en que nació.
Apellido paterno, materno y nombre(s)	5	Apellido paterno, apellido materno y nombre(s) del trabajador.
Clave de la clínica	6	Para uso exclusivo del ISSSTE.
Nombre de la dependencia o entidad	7	Denominación de la dependencia o entidad.
Teléfono	8	Número telefónico del funcionario facultado por la dependencia.
Ramo	9	Número de ramo registrado ante el ISSSTE.
Pagaduría	10	Número de pagaduría registrada ante el ISSSTE.
Clave de cobro	11	Dato alfanumérico que utiliza la dependencia para relacionar los códigos presupuestales.
Último sueldo básico de cotización al ISSSTE	12	Último sueldo básico de cotización mensual al ISSSTE del trabajador en pesos y centavos.
Último sueldo básico de cotización al S.A.R.	13	Último sueldo básico de aportación mensual al S.A.R. para el retiro del trabajador en pesos y centavos.
Última remuneración total	14	Último ingreso mensual del trabajador, considerando todas las prestaciones económicas de carácter permanente en pesos y centavos.
Fecha de baja en el empleo	15	Día, mes y año de la baja del trabajador en el empleo.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

ANEXO No. 2

NOMBRE: **AVISO DE BAJA DEL TRABAJADOR**

ESPACIO	No.	DESCRIPCIÓN (debe anotarse)
Causa de la baja	16	1 licencia sin sueldo 2 defunción 3 rescisión del contrato 4 pensión o jubilación 5 renuncia 6 retiro voluntario 7 otros
Sello, firma del funcionario facultado	17	Nombre y firma autógrafa del funcionario facultado por la dependencia y sello de la dependencia.
Sello de recepción del ISSSTE	18	Para uso exclusivo del ISSSTE.

ANEXO No. 3

NOMBRE: AVISO DE MODIFICACIÓN DEL SUELDO DEL TRABAJADOR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

SUBDIRECCION GENERAL DE PRESTACIONES ECONOMICAS
SUBDIRECCION DE AFILIACION Y VIGENCIA

DE CONFORMIDAD CON LOS ARTICULOS 6° DE LA LEY DEL I.S.S.S.T.E.
14 Y 25 DEL REGLAMENTO DE
AFILIACION, VIGENCIA DE DERECHOS Y COBRANZA,
SE PRESENTA EL SIGUIENTE:
AVISO DE MODIFICACION DEL SUELDO DEL TRABAJADOR

DATOS DEL TRABAJADOR			CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION (C.U.R.P.) 1	
R.F.C. 2	NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL 3		ENTIDAD DE NACIMIENTO 4	CLAVE ENT. NAC.
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)		
5				

DATOS DEL EMPLEO			CLINICA 6
NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD 7	RAMO 9	PAGADURIA 10	TELEFONO 8

RAMO		17 FIRMA DEL TRABAJADOR	
CLAVE DE COBRO 11			
FECHA DE MODIFICACION DEL SUELDO: DIA / MES / AÑO 12	NOMBRAMIENTO 13	SELLO	19 SELLO DE RECEPCION DEL I.S.S.ST.E.
SUELDO BASICO DE COTIZACION AL I.S.S.S.T.E. 14		18 NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO FACULTADO	
SUELDO BASICO DE APORTACION SAR 15			
REMUNERACION TOTAL 16			

INSTRUCTIVO DE LLENADO

ANEXO No. 3

NOMBRE: **AVISO DE MODIFICACIÓN DEL SUELDO DEL TRABAJADOR**

ESPACIO	No.	DESCRIPCIÓN (debe anotarse)
CURP	1	Clave única de registro de población del trabajador.
R.F.C.	2	Registro federal de contribuyentes del trabajador.
NSS	3	Número de seguridad social registrado ante el ISSSTE.
Entidad de nacimiento	4	Nombre de la entidad federativa en que nació.
Trabajador	5	Apellido paterno, apellido materno y nombre(s) del trabajador.
Clave de la clínica	6	Para uso exclusivo para el ISSSTE.
Nombre de la dependencia o entidad	7	Denominación oficial de la dependencia o entidad.
Teléfono	8	Número telefónico del funcionario facultado por la dependencia.
Ramo	9	Número de ramo registrado ante el ISSSTE.
Pagaduría	10	Número de pagaduría registrada ante el ISSSTE.
Clave de cobro	11	Dato alfanumérico que utiliza la dependencia para relacionar los códigos presupuestales.
Fecha de modificación de sueldo	12	Día, mes y año de la modificación del sueldo básico.
Nombramiento	13	Número que corresponda al tipo de nombramiento del trabajador: 1 base 3 eventual 5 lista de raya 2 confianza 4 base lista de raya 6 otros
Último sueldo básico de cotización al ISSSTE	14	Último sueldo básico de cotización mensual al ISSSTE del trabajador en pesos y centavos.
Último sueldo básico de cotización al S.A.R.	15	Último sueldo básico de aportación mensual al S.A.R. para el retiro del trabajador en pesos y centavos.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

ANEXO No. 3

NOMBRE: **AVISO DE MODIFICACIÓN DEL SUELDO DEL TRABAJADOR**

ESPACIO	No.	DESCRIPCIÓN (debe anotarse)
Última remuneración total	16	Último ingreso mensual del trabajador, considerando todas las prestaciones económicas de carácter permanente en pesos y centavos.
Firma del trabajador	17	Firma autógrafa del trabajador.
Sello, firma del funcionario facultado	18	Nombre y firma autógrafa del funcionario facultado por la dependencia y sello de la dependencia.
Sello de recepción del ISSSTE	19	Para uso exclusivo del ISSSTE.

REGISTRO DE REVISIONES

NÚMERO DE REVISIÓN:	**1**
FECHA:	**Durango, Durango. a 16 de Octubre de 2009**
DESCRIPCIÓN:	**Modificación al contenido de la actividad No. 3 y la información contenida en el procedimiento se incorporó a los formatos con la nueva identidad institucional.**

ELABORÓ	**Firma:**	
	Nombre:	**Jesús Rivera Salazar**
	Cargo:	**Jefe de Departamento de Recursos Humanos**
REVISÓ	**Firma:**	
	Nombre:	**Hugo Roberto Flores Peters**
	Cargo:	**Subdelegado de Administración e Innovación**
APROBÓ	**Firma:**	
	Nombre:	**Román Galán Treviño**
	Cargo:	**Delegado Federal en el Estado de Durango** **"Con fundamento en lo dispuesto por el Artículo 154 del Reglamento Interior de la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales, en suplencia por ausencia del Delegado Federal en el Estado de Durango, previa designación, firma el Subdelegado de Planeación y Fomento Sectorial".**