

MOVIMIENTOS AFILIATORIOS ANTE EL ISSSTE
149-SAI.01-1
14-MAY-09

SECRETARÍA DE
MEDIO AMBIENTE Y
RECURSOS NATURALES



SEMARNAT

NOMBRE

MOVIMIENTOS AFILIATORIOS ANTE EL ISSSTE

OBJETIVO

Realizar ante la Delegación Estatal del ISSSTE los trámites administrativos necesarios respecto avisos de altas, bajas y modificación de sueldos del personal adscrito a la Delegación Federal, 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 ISSSTE.

Baja.- Cancelación del registro del trabajador ante el 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 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.- Programa del 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 y Financieros, 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.
- El Departamento de Recursos Humanos y Financieros, de conformidad con la normatividad establecida por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, 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 Dependencia reciban las prestaciones que les corresponden ante el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, 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 y Financieros 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 en tiempo y forma.
- El Departamento de Recursos Humanos y Financieros deberá atender con oportunidad aquellos movimientos afiliatorios solicitados que fueron rechazados por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, 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 y Financieros

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 y Financieros	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 revisa 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 del SAI 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 y Financieros para su archivo y control. ⇒ Copia.- Acuse de recibido de la Delegación Estatal del ISSSTE, anexando copia de los formatos elaborados para 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:

MOVIMIENTOS AFILIATORIOS ANTE EL ISSSTE
149-SAL.01-1
14-MAY-09



SECRETARÍA DE
MEDIO AMBIENTE Y
RECURSOS NATURALES

SEMARNAT

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

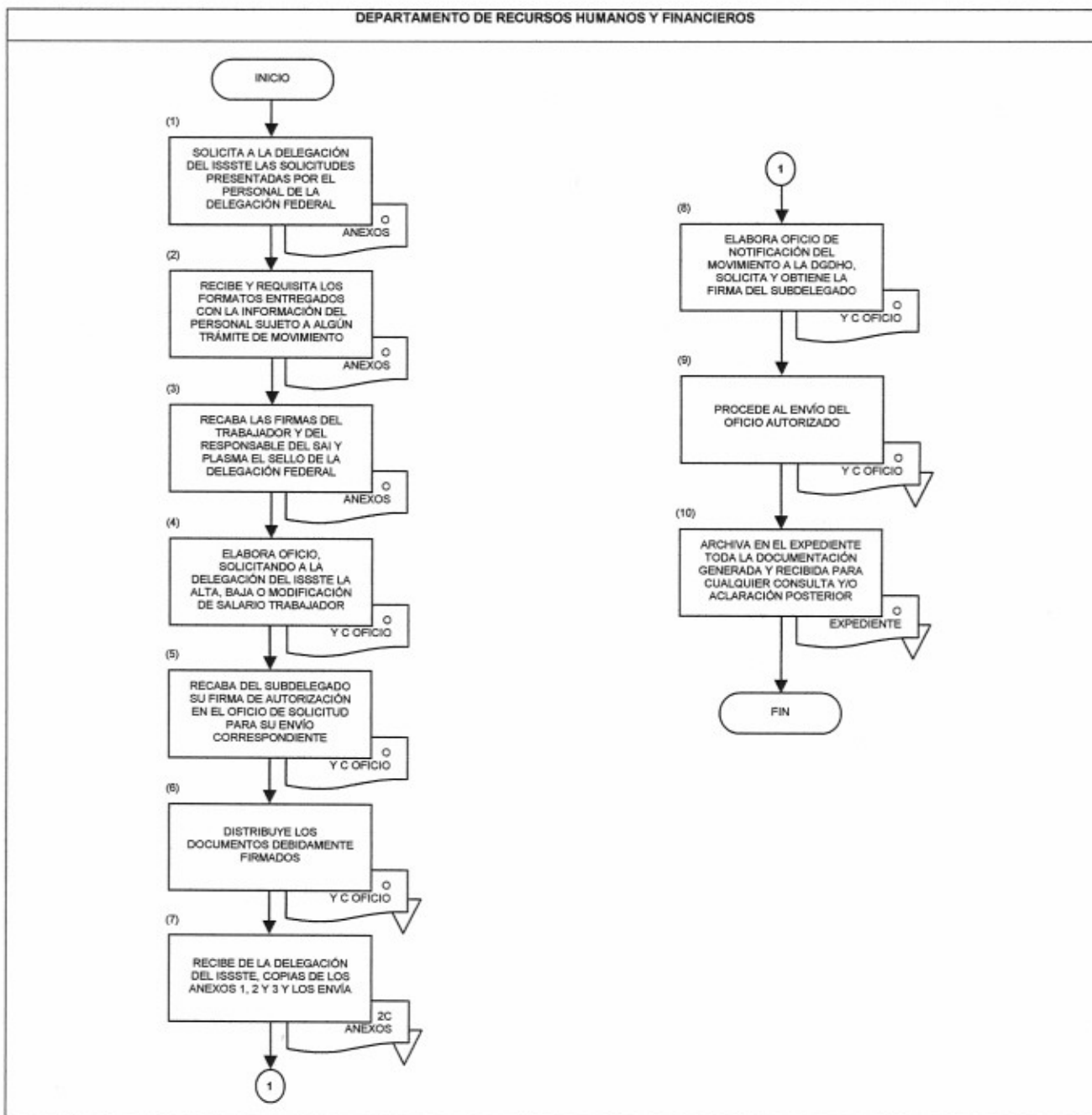
RESPONSABLE	ACTIVIDAD	
	No.	DESCRIPCIÓN
		<p>⇒ Copia 1.- Departamento de Recursos Humanos y Financieros para su archivo y control.</p> <p>⇒ Copia 2.- Trabajador para su conocimiento.</p>
	8	Elabora en dos originales y una copia oficio de notificación del movimiento afiliatorio dirigido a la DGDHO, solicita y obtiene la firma de autorización del Subdelegado de Administración e Innovación en dicho documento para que sea distribuido.
	9	<p>Procede al envío del oficio autorizado como se indica:</p> <p>⇒ Original 1.- Dirección General Adjunta de Compensaciones de la DGDHO para su conocimiento.</p> <p>⇒ Original 2.- Departamento de Recursos Humanos y Financieros para su archivo y control.</p> <p>⇒ Copia.- Acuse de recibido de la Dirección General Adjunta de Compensaciones de la DGDHO para expediente del trabajador.</p>
	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 Y FINANCIEROS



MOVIMIENTOS AFILIATORIOS ANTE EL ISSSTE
149-SAI.01-1
14-MAY-09



SECRETARÍA DE
MEDIO AMBIENTE Y
RECURSOS NATURALES

SEMARNAT

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 8° 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.)			
R.F.C. 2				NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL 3		ENTIDAD DE NACIMIENTO 4	
APELLIDO PATERNO 7		APELLIDO MATERNO		CLAVE ENT. NAC		ESTADO CIVIL 5	
NOMBRE (S)				SEXO 6 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
DOMICILIO: CALLE 8				N° EXT.		N° INT	
MUNICIPIO DELEGACION POLITICA (D.F.) 10				LOCALIDAD O COLONIA 9		CODIGO POSTAL	
ENTIDAD FEDERATIVA 11				NOMBRE Y CLAVE DE LA CLINICA 13			
DATOS DEL EMPLEO				RAMO 15		PAGADURIA 16	
NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD 14				TELEFONO 17		NUMERO 18	
DOMICILIO: CALLE				LOCALIDAD O COLONIA 19		CODIGO POSTAL	
MUNICIPIO DELEGACION POLITICA (D.F.) 20				ENTIDAD FEDERATIVA 21		CODIGO POSTAL 22	
CLAVE COBRO 23				<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 29 FIRMA DEL TRABAJADOR </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 30 NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO FACULTADO </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 31 SELLO DE RECEPCION DEL I.S.S.S.T.E. </div>			
FECHA DE INGRESO		NOMBRAMIENTO					
DIA	MES 24	ANO	25				
SUELDO BASICO DE COTIZACION I.S.S.S.T.E. 26							
SUELDO BASICO COTIZACION S.A.R. 27							
REMUNERACION TOTAL 28							

MOVIMIENTOS AFILIATORIOS ANTE EL ISSSTE
149-SAI.01-1
14-MAY-09



SECRETARÍA DE
MEDIO AMBIENTE Y
RECURSOS NATURALES

SEMARNAT

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.

MOVIMIENTOS AFILIATORIOS ANTE EL ISSSTE
149-SAI.01-1
14-MAY-09

SECRETARÍA DE
MEDIO AMBIENTE Y
RECURSOS NATURALES



SEMARNAT

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.

MOVIMIENTOS AFILIATORIOS ANTE EL ISSSTE
149-SAI.01-1
14-MAY-09



SECRETARÍA DE
MEDIO AMBIENTE Y
RECURSOS NATURALES

SEMARNAT

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.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.)	
R.F.C.	NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL		ENTIDAD DE NACIMIENTO	CLAVE ENT. NAC.
2	3		4	1
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)		
5				
DATOS DEL EMPLEO			CLAVE DE LA CONICA	
NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD			TELEFONO	
7			8	
RAMO	PAGADURIA		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; width: 45%;"> <p style="text-align: center;">SELLO</p> <p style="text-align: center; font-size: 24px;">17</p> <p style="text-align: center;">NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO FACULTADO</p> </div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; width: 45%;"> <p style="text-align: center; font-size: 24px;">18</p> <p style="text-align: center;">SELLO DE RECEPCION DEL I.S.S.T.E.</p> </div> </div>	
9	10			
CLAVE DE COBRO	11			
ULTIMO SUELDO BASICO DE COTIZACION AL I.S.S.T.E.	12			
ULTIMO SUELDO BASICO DE APORTACION SAR	13			
ULTIMA REMUNERACION TOTAL	14			
FECHA DE BAJA EN EL EMPLEO	CAUSA DE LA BAJA			
DIA	MES	AÑO	16	
	15			



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.

MOVIMIENTOS AFILIATORIOS ANTE EL ISSSTE
149-SAI.01-1
14-MAY-09



SECRETARÍA DE
MEDIO AMBIENTE Y
RECURSOS NATURALES

SEMARNAT

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 5 renuncia 2 defunción 6 retiro voluntario 3 rescisión del contrato 7 otros 4 pensión o jubilación
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.

MOVIMIENTOS AFILIATORIOS ANTE EL ISSSTE
149-SAI.01-1
14-MAY-09



SECRETARÍA DE
MEDIO AMBIENTE Y
RECURSOS NATURALES

SEMARNAT

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.)		
R.F.C.	NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	ENTIDAD DE NACIMIENTO	CLAVE ENT. NAC.	
2	3	4	1	
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)		
5				
DATOS DEL EMPLEO		CLINICA		
NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD		RAMO	PAGADURIA	
7		9	10	
RAMO	TELEFONO		8	
CLAVE DE COBRO	17		19	
FECHA DE MODIFICACION DEL SUELDO	FIRMA DEL TRABAJADOR			
NOMBRAMIENTO	SELLO			
DIA	MES	ANO		12
SUELDO BASICO DE COTIZACION AL I.S.S.S.T.E.		18		
SUELDO BASICO DE APORTACION SAR		NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO FACULTADO		
REMUNERACION TOTAL		SELLO DE RECEPCION DEL I.S.S.S.T.E.		
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 SAR	15	Último sueldo básico de aportación mensual al S.A.R. para el retiro del trabajador en pesos y centavos.

MOVIMIENTOS AFILIATORIOS ANTE EL ISSSTE
149-SAI.01-1
14-MAY-09

SECRETARÍA DE
MEDIO AMBIENTE Y
RECURSOS NATURALES



SEMARNAT

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 para el ISSSTE.

MOVIMIENTOS AFILIATORIOS ANTE EL ISSSTE
149-SAI.01-1
14-MAY-09



SECRETARÍA DE
MEDIO AMBIENTE Y
RECURSOS NATURALES

SEMARNAT

REGISTRO DE REVISIONES

NÚMERO DE REVISIÓN: 1
FECHA: Tlaxcala, Tlaxcala. a 10 de Junio de 2009
DESCRIPCIÓN: La información contenida en el procedimiento se incorporó a los formatos con la nueva identidad institucional.

ELABORÓ

Firma:

Nombre: **María Moreno Herrera**

Cargo: **Jefa de Departamento de Recursos Humanos y Financieros**

REVISÓ

Firma:

Nombre: **Sergio Caballero Espino**

Cargo: **Subdelegado de Administración e Innovación**

APROBÓ

Firma:

Nombre: **Germán Parra Dávila**

Cargo: **Delegado Federal en el Estado de Tlaxcala**