

MOVIMIENTOS AFILIATORIOS ANTE EL ISSSTE  
150-SAI.01-0  
20-JUL-07

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 a los 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*

MOVIMIENTOS AFILIATORIOS ANTE EL ISSSTE  
150-SAI.01-0  
20-JUL-07

SECRETARÍA DE  
MEDIO AMBIENTE Y  
RECURSOS NATURALES



SEMARNAT

## 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.-** Manual de Movimientos Afiliatorios.

**SAI.-** Subdelegación de Administración e Innovación.

MOVIMIENTOS AFILIATORIOS ANTE EL ISSSTE  
150-SAI.01-0  
20-JUL-07

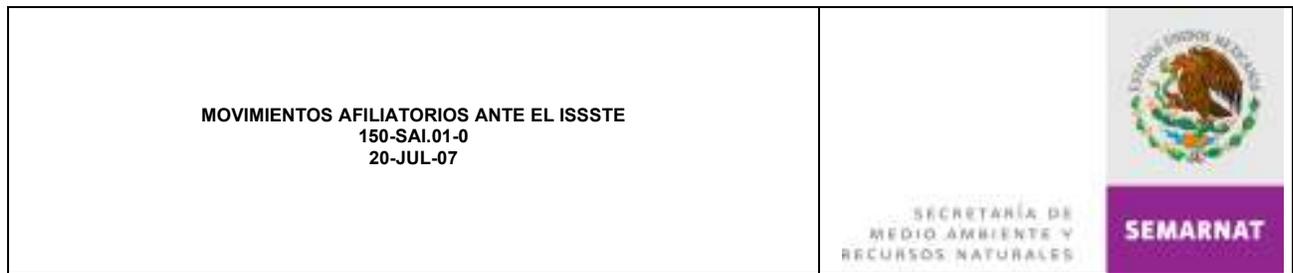
SECRETARÍA DE  
MEDIO AMBIENTE Y  
RECURSOS NATURALES



SEMARNAT

## POLÍTICAS DE OPERACIÓN

- La incorporación al 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 ISSSTE 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 ISSSTE.
- El Departamento de Recursos Humanos y Financieros, de conformidad con la normatividad establecida por el ISSSTE, deberá realizar los trámites, en un plazo no mayor a 30 días hábiles a partir de la fecha en que se registre la alta, baja y modificación de salario del trabajador ante la Dependencia.
- Para que los beneficiarios de los trabajadores de esta Dependencia reciban las prestaciones que les corresponden ante el 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 y Financieros validará invariablemente la información contenida en los formatos afiliatorios (anexos 1, 2 ó 3) para que el trámite se realice ante el ISSSTE en tiempo y forma.



- El Departamento de Recursos Humanos y Financieros deberá atender con oportunidad aquellos movimientos afiliatorios solicitados que fueron rechazados por el 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 y Financieros

Periodicidad: Semestral

Unidad de Medición:  $(\text{Número de movimientos afiliatorios realizados} / \text{Número de movimientos afiliatorios solicitados}) \times 100\%$

MOVIMIENTOS AFILIATORIOS ANTE EL ISSSTE  
150-SAI.01-0  
20-JUL-07

SECRETARÍA DE  
MEDIO AMBIENTE Y  
RECURSOS NATURALES



SEMARNAT

## 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 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 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 la alta, baja o modificación de sueldo del trabajador a la Delegación Estatal del ISSSTE.
	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: <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ 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.</li> <li>⇒ Original 2.- Departamento de Recursos Humanos y Financieros para su archivo y control.</li> <li>⇒ Copia.- Acuse de recibido de la Delegación Estatal del ISSSTE, anexando copia de los formatos elaborados para expediente del trabajador.</li> </ul>
	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  
150-SAI.01-0  
20-JUL-07

SECRETARÍA DE  
MEDIO AMBIENTE Y  
RECURSOS NATURALES



SEMARNAT

## DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	
	No.	DESCRIPCIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Copia 1.- Departamento de Recursos Humanos y Financieros para su archivo y control.</li> <li>⇒ Copia 2.- Trabajador para su conocimiento.</li> </ul>
	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> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Original 1.- Dirección General Adjunta de Compensaciones de la DGDHO para su conocimiento.</li> <li>⇒ Original 2.- Departamento de Recursos Humanos y Financieros para su archivo y control.</li> <li>⇒ Copia.- Acuse de recibido de la Dirección General Adjunta de Compensaciones de la DGDHO para expediente del trabajador.</li> </ul>
	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.

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

**MOVIMIENTOS AFILIATORIOS ANTE EL ISSSTE**  
**150-SAI.01-0**  
**20-JUL-07**

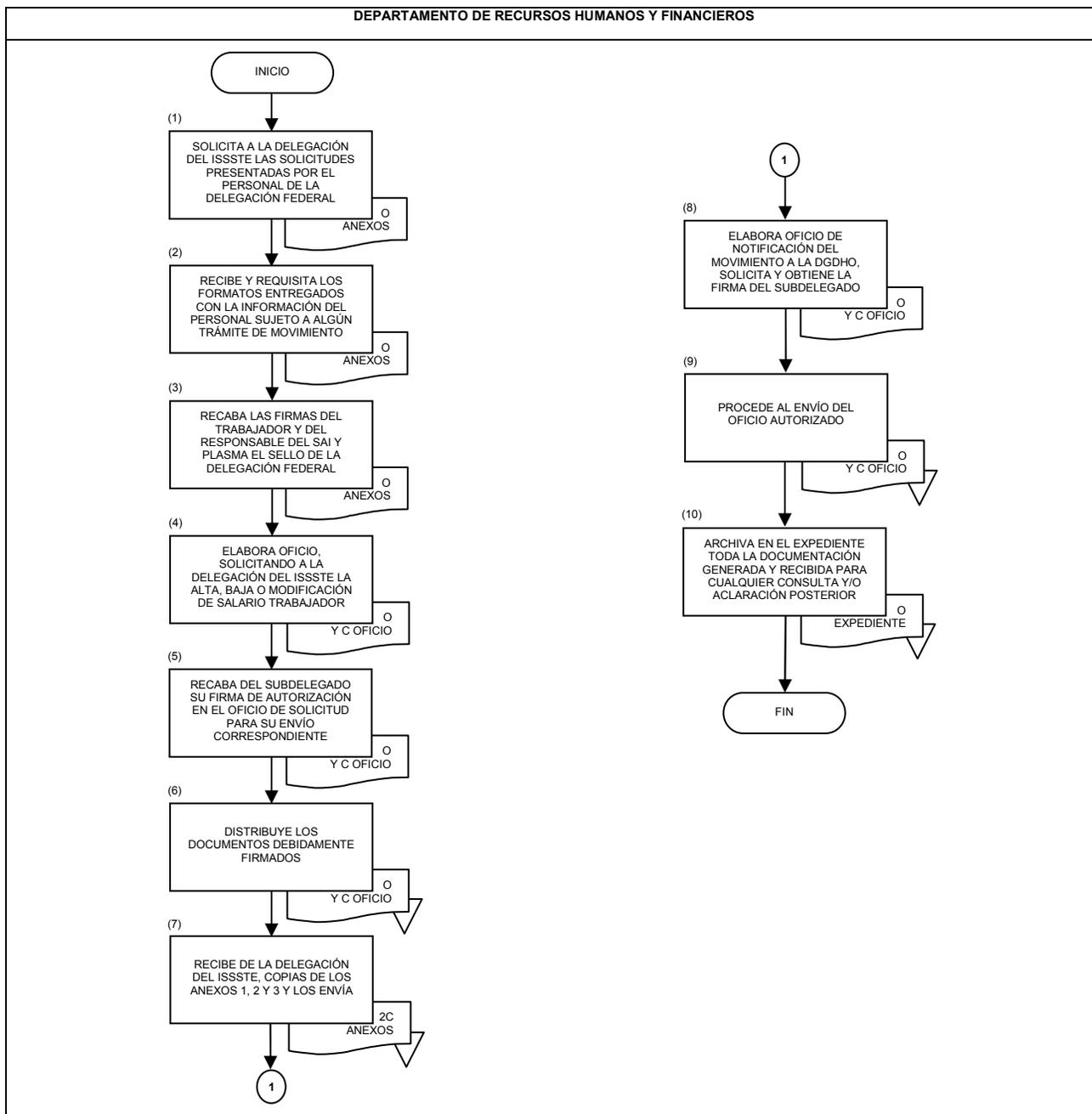
SECRETARÍA DE  
 MEDIO AMBIENTE Y  
 RECURSOS NATURALES



**SEMARNAT**

**DIAGRAMA DE FLUJO**

**DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS Y FINANCIEROS**



MOVIMIENTOS AFILIATORIOS ANTE EL ISSSTE  
150-SAI.01-0  
20-JUL-07

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				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			
SUBDIRECCION GENERAL DE PRESTACIONES ECONOMICAS SUBDIRECCION DE AFILIACION Y VIGENCIA							
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 <input type="checkbox"/> 6 F <input type="checkbox"/>		
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				29			
23				FIRMA DEL TRABAJADOR			
FECHA DE INGRESO		NOMBRAMIENTO					
DIA	MES	AÑO	25				
24							
SUELDO BASICO DE COTIZACION I.S.S.S.T.E.				30			
26				NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO FACULTADO			
SUELDO BASICO COTIZACION S.A.R.							
27							
REMUNERACION TOTAL							
28				31			
				SELLO DE RECEPCION DEL I.S.S.S.T.E.			

MOVIMIENTOS AFILIATORIOS ANTE EL ISSSTE  
150-SAI.01-0  
20-JUL-07

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  
150-SAI.01-0  
20-JUL-07

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)
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 presupuestales.
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.

<b>MOVIMIENTOS AFILIATORIOS ANTE EL ISSSTE</b> 150-SAI.01-0 20-JUL-07	
---	---

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**ANEXO No. 1**

**NOMBRE: AVISO DE ALTA DEL TRABAJADOR**

<b>ESPACIO</b>	<b>No.</b>	<b>DESCRIPCIÓN (debe anotarse)</b>
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  
150-SAI.01-0  
20-JUL-07

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.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.
<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	
<b>5</b>			
DATOS DEL EMPLEO		CLAVE DE LA CLINICA	
NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD		TELEFONO	
<b>7</b>		<b>8</b>	
RAMO	SELLO		17
<b>9</b>			
PAGADURIA			
<b>10</b>			
CLAVE DE COBRO			
<b>11</b>	18		
ULTIMO SUELDO BASICO DE COTIZACION AL I.S.S.S.T.E.			
<b>12</b>			
ULTIMO SUELDO BASICO DE APORTACION SAR			
<b>13</b>			
ULTIMA REMUNERACION TOTAL	NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO FACULTADO		
<b>14</b>			
FECHA DE BAJA EN EL EMPLEO	CAUSA DE LA BAJA		SELLO DE RECEPCION DEL I.S.S.S.T.E.
DIA MES <b>15</b> AÑO	<b>16</b>		

MOVIMIENTOS AFILIATORIOS ANTE EL ISSSTE  
150-SAI.01-0  
20-JUL-07

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)
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.

<b>MOVIMIENTOS AFILIATORIOS ANTE EL ISSSTE</b> 150-SAI.01-0 20-JUL-07	
---	---

**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.

<b>MOVIMIENTOS AFILIATORIOS ANTE EL ISSSTE</b> <b>150-SAI.01-0</b> <b>20-JUL-07</b>	 <b>SECRETARÍA DE MEDIO AMBIENTE Y RECURSOS NATURALES</b> <b>SEMARNAT</b>
---	--

**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**

<b>DATOS DEL TRABAJADOR</b>		CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION (C.U.R.P.)	
R.F.C.		<b>1</b>	
<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	CLAVE ENT. NAC.
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
		NOMBRE (S)	
<b>5</b>			
<b>DATOS DEL EMPLEO</b>		CLINICA	
		<b>6</b>	
NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD		<b>9</b>	<b>10</b>
<b>7</b>		<b>8</b>	
RAMO			
CLAVE DE COBRO		<b>17</b>	
<b>11</b>		FIRMA DEL TRABAJADOR	
FECHA DE MODIFICACION DEL SUELDO		<b>18</b>	
NOMBRAMIENTO			
DIA	MES		
AÑO	<b>13</b>		
SUELDO BASICO DE COTIZACION AL I.S.S.S.T.E.		<b>19</b>	
<b>14</b>			
SUELDO BASICO DE APORTACION SAR			
<b>15</b>			
REMUNERACION TOTAL		SELLO DE RECEPCION DEL I.S.S.T.E.	
<b>16</b>		NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO FACULTADO	

MOVIMIENTOS AFILIATORIOS ANTE EL ISSSTE  
150-SAI.01-0  
20-JUL-07

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)
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.

<b>MOVIMIENTOS AFILIATORIOS ANTE EL ISSSTE</b> 150-SAI.01-0 20-JUL-07	
---	---

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

**ANEXO No. 3**

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

<b>ESPACIO</b>	<b>No.</b>	<b>DESCRIPCIÓN (debe anotarse)</b>
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  
150-SAI.01-0  
20-JUL-07

SECRETARÍA DE  
MEDIO AMBIENTE Y  
RECURSOS NATURALES



SEMARNAT

## REGISTRO DE REVISIONES

NÚMERO DE REVISIÓN: 0  
FECHA: Xalapa de Enríquez, Veracruz. a 7 de Agosto de 2007  
DESCRIPCIÓN: Procedimiento de nueva creación.

ELABORÓ

Firma:

Nombre: Rosaura Zamudio Valencia

Cargo: Jefa de Departamento de Recursos Humanos y Financieros

REVISÓ

Firma:

Nombre: Ignacio Cisneros Morales

Cargo: Subdelegado de Administración e Innovación

APROBÓ

Firma:

Nombre: Manuel Molina Martínez

Cargo: Delegado Federal en el Estado de Veracruz