



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 sociales 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 Secretaría 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
		<ul style="list-style-type: none"> ⇒ 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	<p>Procede al envío del oficio autorizado como se indica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ 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.

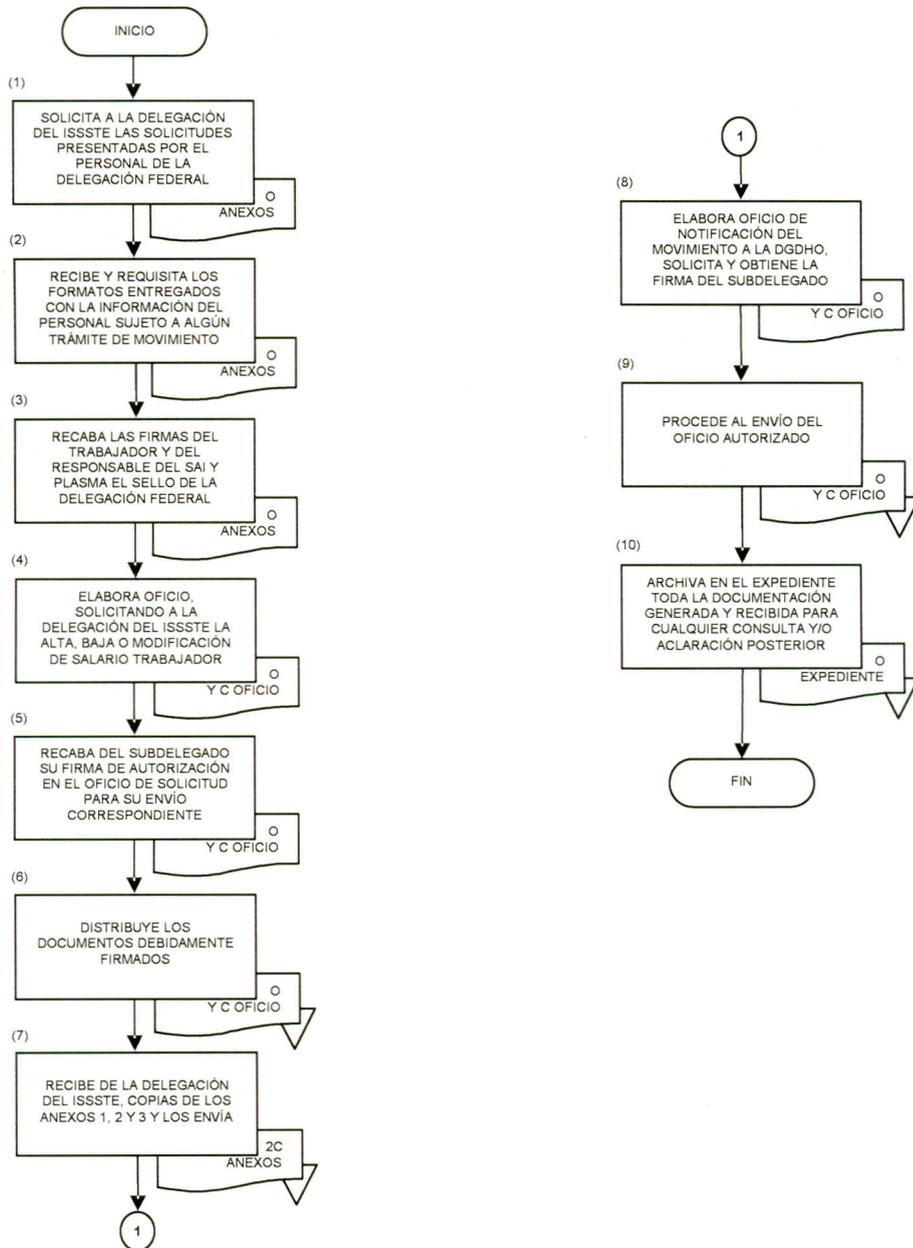
TOTAL DE ACTIVIDADES:	10
PRODUCTO O SERVICIO:	Alta, baja y modificación de salario del personal autorizados
PROCEDIMIENTO(S):	Alta de personal de base y de confianza; Baja de personal de base y de confianza

Delegación Federal en el Estado de Zacatecas
Subdelegación de Administración e Innovación



DIAGRAMA DE FLUJO

DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS





ANEXO No. 1

NOMBRE: **AVISO DE ALTA DEL TRABAJADOR**

 <p>INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO SUBDIRECCION GENERAL DE PRESTACIONES ECONOMICAS SUBDIRECCION DE AFILIACION Y VIGENCIA</p>		<p>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</p>			
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	5
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
14				15	16
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 GOTIZACION I.S.S.S.T.E.		SELLO 30 NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO FACULTADO			
26					
SUELDO BASICO COTIZACION S.A.R.					
27		SELLO DE RECEPCION DEL I.S.S.S.T.E.			
REMUNERACION TOTAL					
28					



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.

Delegación Federal en el Estado de Zacatecas
Subdelegación de Administración e Innovación



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.



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.)	
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 CLINICA	
NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD		TELEFONO	
7		8	
RAMO	SELLO		
9	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 20px; width: 45%;"> <p style="text-align: center;">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: 20px; width: 45%;"> <p style="text-align: center;">18</p> <p style="text-align: center;">SELLO DE RECEPCION DEL I.S.S.T.E.</p> </div> </div>		
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	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.



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.



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			
2		3		4			
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)			
				5			
DATOS DEL EMPLEO				CLINICA			
NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD				RAMO			
7				9			
PAGADURIA				TELEFONO			
10				8			
RAMO				17 FIRMA DEL TRABAJADOR			
CLAVE DE COBRO							
11				18 SELO NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO FACULTADO			
FECHA DE MODIFICACION DEL SUELDO							
DIA		MES				AÑO	
12		13				19	
SUELDO BASICO DE COTIZACION AL I.S.S.S.T.E.						19 SELLO DE RECEPCION DEL I.S.S.T.E.	
14							
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 para el ISSSTE.

REGISTRO DE REVISIONES

NÚMERO DE REVISIÓN: 1

FECHA: Zacatecas, Zacatecas. a 22 de Enero de 2010

DESCRIPCIÓN: Modificación al objetivo, incorporación de las tres últimas políticas de operación, modificación a las actividades Nos. 5 y 8, y la información contenida en el procedimiento se incorporó a los formatos con la nueva identidad institucional.

ELABORÓ



Firma:



Nombre: Karla Adriana Ortega Dávila

Cargo: Jefa de Departamento de Recursos Humanos

REVISÓ

Firma:



Nombre: J. Jesús Martínez Sagredo

Cargo: Subdelegado de Administración e Innovación

APROBÓ

Firma:

Nombre: Francisco Sandoval Martínez

Cargo: Delegado Federal en el Estado de Zacatecas