164.- PROCEDIMIENTO PARA LA CONTRATACIÓN DE PERSONAL DE ESTRUCTURA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS DE LA SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARIA DE SALUD
DGPOP
DIRECCION DE DISEÑO Y DESARROLLO ORGANIZACIONAL
23 MAY 2006
AUTORIZO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Lic. Edith Barragán Rodríguez	C.P. Lázaro Reyes Terrazas	Lic. Arturo García García
Firma			
Fecha	15 de Mayo de 2006	17 de Mayo de 2006	19 de Mayo de 2006

1.0 Propósito

1.1 Realizar los trámites necesarios para la Contratación de Personal de estructura; de Enlace hasta Director General, de acuerdo al perfil, conocimientos, aptitudes, actitudes y experiencia requerido por la Dirección General de Recursos Humanos, dentro del marco de competencia de la Ley del Servicio Profesional de Carrera.

2.0 Alcance

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a las diversas áreas que conforman la Dirección General de Recursos Humanos: la Dirección General, la Dirección General Adjunta de Administración, Operación y Control de Servicios Personales, Dirección General Adjunta de Relaciones Laborales, Dirección de Personal, Dirección de Integración de Puestos y Servicios Personales, Dirección de Servicios Sociales, Dirección de Administración del Servicio Profesional de Carrera y Capacitación y la propia Coordinación Administrativa.

2.2 A nivel externo a toda aquella persona que cumpla con el perfil requerido por la Dirección General de Recursos Humanos, con los requisitos de la contratación especificados en la Ley y el Reglamento del Servicio Profesional de Carrera, Reglamento Interno de la Secretaría de Salud y Profesiogramas definidos para los puestos de estructura de: Enlace, Jefe de Departamento, Subdirector, Director de Área, Director General Adjunto y Director General.

DIRECCIÓN DE DISEÑO Y DESARROLLO ORGANIZACIONAL
23 MAY 2006
AUTORIZO

3.0 Políticas de Operación, Normas y Lineamientos

3.1 La contratación se llevará a cabo a través de concurso público abierto de conformidad a lo dispuesto en la Ley y Reglamento del Servicio Profesional de Carrera.

3.2 La Dirección de Administración del Servicio Profesional de Carrera y Capacitación será responsable de dar a conocer públicamente el perfil del puesto a concursar, ya sea Enlace, Jefe de Departamento, Subdirector, Directo de Área, Director General Adjunto y Director General.

3.3 La Coordinación Administrativa por conducto del Departamento de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (Área de Recursos Humanos) será la encargada de llevar a cabo el trámite de la contratación una vez que reciba de la Dirección de Administración del Servicio Profesional de Carrera y Capacitación el dictamen respectivo del ganador de la plaza concursada.

3.4 El Departamento de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de Recursos Humanos), deberá entrevistar al Candidato para solicitarle la documentación soporte Curriculum Vítae, Acta de Nacimiento, Registro Único de Población (CURP), Registro Federal de Causantes (RFC), Cartilla del SMN liberada (en su caso), Constancias de Estudios, Filiación, (si no la tiene el área

de R.H. se la tramita), Cuatro fotografías tamaño infantil a color, Comprobante de Domicilio, Identificación Oficial (credencial del IFE o Pasaporte vigente), Certificado Médico, Cuenta de HSBC, (si no la tiene el área de R.H. se la apertura) y Constancia de No-inhabilitado.

3.5 La Coordinación Administrativa, a través del Departamento de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de Recursos Humanos), deberá elaborar y entregar a firma el Formato Único de Movimientos de Personal (ver anexo 10.2) "Nuevo Ingreso" a la Dirección de Integración de Puestos y Servicios Personales quién a su vez recabará la firma del Director General de Recursos Humanos, formalizando así la contratación. Asimismo, ésta Dirección enviará el FUMP y la documentación soporte a la Dirección de Personal para su operación y alta en el Sistema de Integración y Administración de Personal (SIAP).

3.6 En caso que el candidato tenga antecedentes laborales en alguna Unidad Central, se solicitará el expediente respectivo.

SECRETARIA DE SALUD
DGFGP
DIRECCION DE DISEÑO Y DESARROLLO ORGANIZACIONAL
23 MAY 2006
AUTORIZO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Lic. Edith Barragán Rodríguez	C.P. Lázaro Reyes Terrazas	Lic. Arturo García García
Firma			
Fecha	15 de Mayo de 2006	17 de Mayo de 2006	19 de Mayo de 2006

4.0 Descripción del Procedimiento

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0 Envío de Dictamen de concurso y plaza.	1.1. Envía oficio con Dictamen de concurso de plaza de estructura. • Oficio	Dirección de Administración del Servicio Profesional de Carrera y Capacitación
2.0 Recepción de dictamen.	2.1 Recibe Oficio con dictamen. 2.2 Acusa de recibido en copia y turna original al Departamento, de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de Recursos Humanos) para su atención. • Oficio	Coordinación Administrativa de la Dirección General de Recursos Humanos.
3.0 Recepción de oficio, entrevista del Candidato ganador, recepción de documentos y gestión de contratación.	3.1 Recibe oficio. 3.2 Entrevista al Candidato y le solicita los siguientes documentos: ➢ Currículum Vítae ➢ Acta de Nacimiento ➢ Registro Único de Población (CURP) ➢ Registro Federal de Causantes (RFC) ➢ Cartilla del SMN liberada (en su caso) ➢ Constancia de Estudios ➢ Filiación (Si no cuenta con ella el área de R.H. la tramitará) ➢ Fotografías tamaño infantil a color (cuatro) ➢ Comprobante de domicilio ➢ Identificación Oficial (Credencial del IFE o Pasaporte Vigente) ➢ Certificado médico ➢ Número de cuenta HSBC (si no cuenta con ella el área de R.H. la aperturará) ➢ Constancia de no-inhabilitado • Oficio, Documentación soporte	Departamento de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (Área de Recursos Humanos)

SECRETARIA DE SALUD
DGRHO
DIRECCION DE DISEÑO Y DESARROLLO ORGANIZACIONAL
25 MAY 2006
AUTORIZO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Lic. Edith Barragán Rodríguez	C.P. Lázaro Reyes Terrazas	Lic. Arturo García García
Firma			
Fecha	15 de Mayo de 2006	17 de Mayo de 2006	19 de Mayo de 2006

4.0 Elaboración de oficio para trámite de filiación.	4.1 En caso de que el candidato no tenga filiación, el área de Recursos Humanos, elabora oficio signado por el Coordinador Administrativo, dirigido al titular de la Subdirección de Servicios al Personal de la Dirección General Adjunta de Relaciones Laborales y Profesionalización, solicitando la elaboración de la filiación. 4.2 Entrega oficio y copias a la Subdirección de Servicios al Personal de la siguiente documentación: Acta de Nacimiento, Constancia de Estudios, CURP, RFC, Credencial de elector, Cartilla del SMN liberada (en su caso) y cuatro fotografías tamaño infantil a color. • Oficio	Departamento de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (Área de Recursos Humanos)
5.0 Recepción de solicitud y trámite de filiación.	5.1 Recibe oficio y documentación soporte. 5.2 Lleva a cabo el trámite de filiación del candidato propuesto y dentro de los cinco días hábiles posteriores, entrega una copia de la filiación al candidato y otra al área de Recursos Humanos. • Oficio y filiación	Subdirección de Servicios al Personal
6.0 Recepción de Filiación.	6.1 Recibe copia de filiación e integra en expediente • Filiación	Departamento de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (Área de Recursos Humanos)
7.0 Tramitación de apertura de cuenta HSBC.	7.1 En el caso de que el candidato no cuente con cuenta del Banco HSBC. 7.2 Tramita directamente ante el banco HSBC, tarjeta de debito y/o cuenta de cheques para el trabajador mediante Oficio signado por el Coordinador Administrativo y dirigido al Gerente de la sucursal Bancaria, anexando el formato único de contrato respectivo y registro de firmas, que el área de Recursos Humanos recabó del Trabajador (Anexo 10.5), copia de credencial de elector y comprobante de domicilio reciente. 7.3 El banco proporciona el número de cuenta de inmediato y el área de Recursos Humanos le informa al	Departamento de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (Área de Recursos Humanos)

23 MAY 2006
AUTORIZADO

	trabajador para que recoja su tarjeta y/o chequera en la sucursal bancaria. 7.4 Elabora y envía oficio signado por el Coordinador Administrativo dirigido a la Subdirección del Pago e Incidencias de la Dirección de Personal, informando el Número de cuenta del trabajador. 7.5 Mecanografía en el Formato Único de Movimientos de Personal FUMP el número de cuenta. • Oficio, Formato HSBC (Anexo 10.5) y N° de Cuenta HSBC.	SECRETARÍA DE SALUD DGPOP DIRECCIÓN DE DISEÑO Y DESARROLLO ORGANIZACIONAL 23 MAY 2006 AUTORIZADO
8.0 Elaboración de Formatos y gestión de contratación.	8.1 Llena el Formato Único de Movimientos de Personal FUMP (Anexo 10.1) en original y cuatro copias, lo firma el encargado del área de Recursos Humanos y recaba la firma del Coordinador Administrativo, marcando la vigencia de ingreso conforme al calendario de recepción 1° o 16 del mes y al dictamen de selección. 8.2 Elabora formato de alta del ISSSTE (Anexo 10.2) en tres tantos, solicitando al candidato firme el mismo; así también, solicita al candidato llene y firme formato de Rendición de Protesta ante Autoridad Federal (Ver Anexo 10.3), finalmente, solicita al candidato firme el Formato del Seguro Institucional MetLife México (Ver anexo 10.4) 8.3 Elabora y envía oficio con toda la documentación soporte y FUMP, a la Dirección de Integración de Puestos y Servicios Personales, archivando copia e integra expediente de Personal. 8.4 Elabora y envía oficio anexando Alta del ISSSTE a la Dirección de Personal para el trámite respectivo. Archiva acuse en expediente del trabajador. 8.5 Elabora y envía oficio anexando el formato de Seguro Institucional MetLife México, a la Subdirección de Servicios al Personal, para el trámite respectivo ante la aseguradora. Archiva en expediente personal. • Oficios, FUMP (Anexo 10.1), alta del ISSSTE (Anexo 10.2), Formato de Rendición de Protesta	Departamento de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (Área de Recursos Humanos).

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Lic. Edith Barragán Rodríguez	C.P. Lázaro Reyes Terrazas	Lic. Arturo García García
Firma			
Fecha	15 de Mayo de 2006	17 de Mayo de 2006	19 de Mayo de 2006

	(Anexo 10.3), Seguro Institucional MetLife México (Anexo 10.4) y Documentación Soporte.	
9.0 Formalización de la Contratación.	9.1 Recibe oficio, FUMP (Anexo 10.1) y documentación soporte, Acusa de Recibo en copia 9.2 Recaba firma del Director General de Recursos Humanos y envía FUMP, y documentación soporte a la Dirección de Personal. • Oficio, FUMP (Anexo 10.1), Documentación Soporte	Dirección de Integración de Puestos y Servicios Personales.
10.0 Recepción de oficio, opera movimiento y envía a la Coordinación Administrativa	10.1 Recibe oficio, FUMP y documentación soporte. Acusa de recibido en la copia. 10.2 Autoriza, opera trámite de alta en Sistema de Integración y Administración de Personal (SIAP) y registra. 10.3 Envía a la Coordinación Administrativa mediante relación copia del FUMP ya operado. • Oficio, documentación soporte, Relación y FUMP	Dirección de Personal
11.0 Recepción de documentación	11.1 Recibe relación y FUMP Acusa de recibido en la copia. 11.2 Recibe Alta del ISSSTE tramitada. 11.2 Turna al área de Recursos Humanos. • Relación, FUMP (Anexo 10.1) y Alta del ISSSTE (Anexo 10.2)	Coordinación Administrativa
12.0 Recepción, entrega documentos y archiva	12.1 Recibe relación, FUMP y Alta del ISSSTE. Acusa de recibido en copia. 12.2 Archiva FUMP, Alta del ISSSTE y original del oficio en el expediente ya integrado del trabajador. 12.3 Proporciona copia del Alta del ISSSTE al trabajador para su incorporación a los servicios del mismo.	Departamento de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (Área de Recursos Humanos)

SECRETARIA DE SALUD
DGPOP
DIRECCION DE DISEÑO Y DESARROLLO ORGANIZACIONAL
23 MAY 2006
AUTORIZO

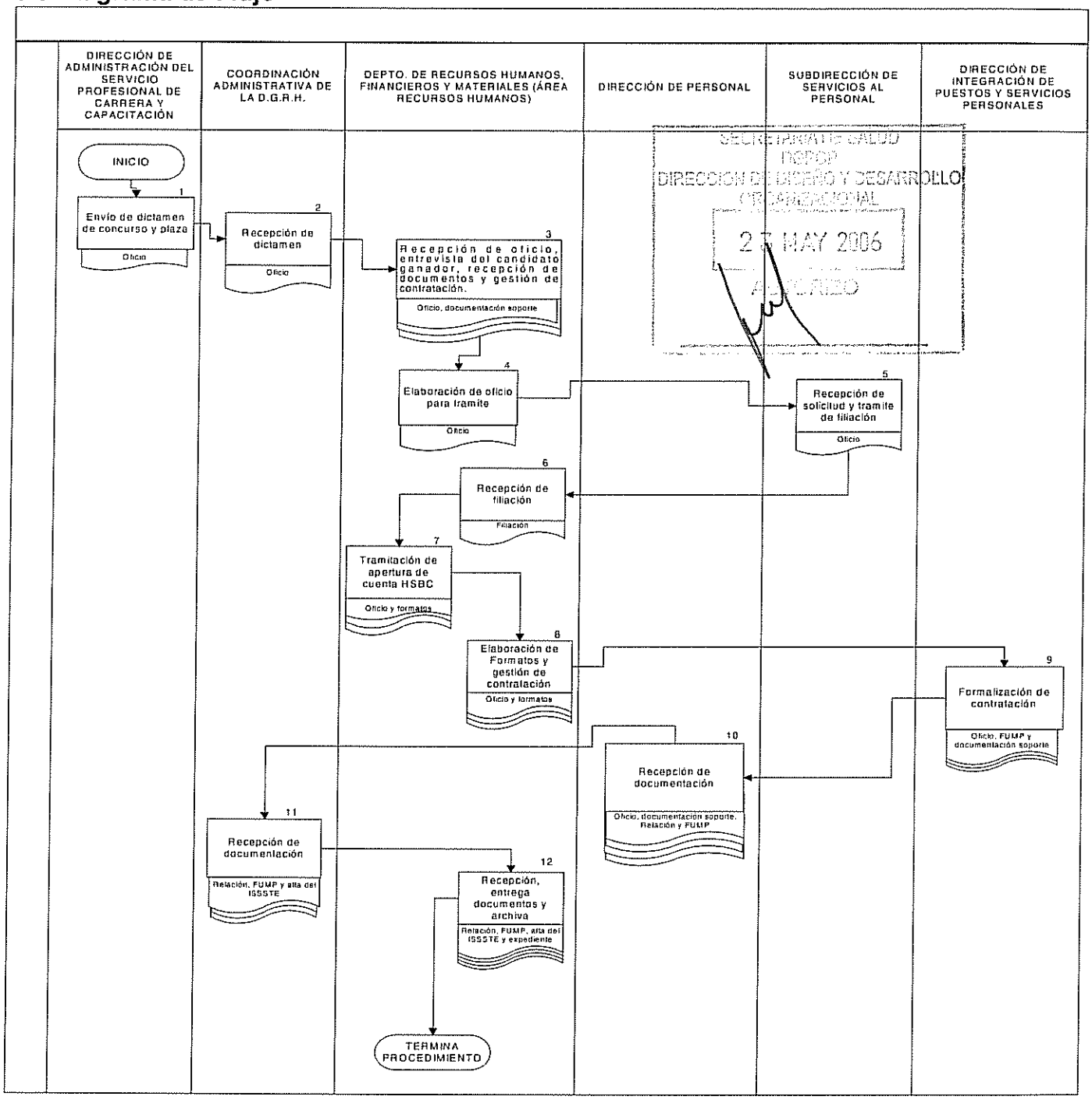
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Lic. Edith Barragán Rodríguez	C.P. Lázaro Reyes Terrazas	Lic. Arturo García García
Firma			
Fecha	15 de Mayo de 2006	17 de Mayo de 2006	19 de Mayo de 2006

	12.5 Conforma expediente del trabajador. • Relación, FUMP (Anexo 10.1), Alta del ISSSTE (Anexo 10.2) y expediente **TERMINA PROCEDIMIENTO**	

SECRETARÍA DE SALUD
DGRDP
DIRECCIÓN DE DISEÑO Y DESARROLLO ORGANIZACIONAL
23 MAY 2006
AUTORIZO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Lic. Edith Barragán Rodríguez	C.P. Lázaro Reyes Terrazas	Lic. Arturo García Garcia
Firma			
Fecha	15 de Mayo de 2006	17 de Mayo de 2006	19 de Mayo de 2006

5.0 Diagrama de Flujo



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Lic. Edith Barragán Rodríguez	C.P. Lázaro Reyes Terrazas	Lic. Arturo García García
Firma			
Fecha	15 de Mayo de 2006	17 de Mayo de 2006	19 de Mayo de 2006

6.0 Documentos de Referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
Ley del Servicio Profesional de Carrera	**No aplica**
Reglamento del Servicio Profesional de Carrera	**No aplica**
Reglamento Interno de la Secretaría de Salud SSA	**No aplica**
Manual de Organización Específico de la D.G.R.H.	**No aplica**
Condiciones Generales de Trabajo de la SSA	**No aplica**
Código Institucional de Puestos de la SSA.	**No aplica**
Tabulador autorizado para la SSA	**No aplica**
Profesiograma Institucional en la SSA.	**No aplica**
Manual de Procedimientos de la Coordinación Administrativa de la D.G.R.H. (primera versión)	**No aplica**

7.0 Registros

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de conservarlo	Código de Registro o Identificación única
Expediente del Trabajador	Ejercicio laboral activo	Coordinación Administrativa; Depto. de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de Recursos Humanos).	No aplica
Filiación	Ejercicio laboral activo	Coordinación Administrativa; Depto. de Recursos Humanos, Financieros y Materiales (área de Recursos Humanos).	No aplica

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN DE DESARROLLO
23 MAY 2006

8.0 Glosario

8.1 Manual de Organización.- Documento en que se registra y actualiza la información detallada de una organización acerca de sus antecedentes históricos, atribuciones, estructura orgánica, funciones de las unidades administrativas que la integran, niveles jerárquicos, líneas de comunicación y coordinación y los organigramas que representan en forma esquemática la estructura entre otros datos.

8.2 Manual de Procedimientos.- Medio o instrumento de información en el que se consignan en forma metódica, los pasos y operaciones que deben seguirse para la realización de las funciones de una dependencia o entidad. En ello se describe, además, los diferentes puestos o unidades administrativas que intervienen y se precisa su responsabilidad y su participación.

8.3 Personal de Confianza (Estructura).- Servidores Públicos que toman decisiones en los diferentes ámbitos de atribución, Dirección, Inspección, etc.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	**Revisó :**	**Autorizó**
Nombre	Lic. Edith Barragán Rodríguez	C.P. Lázaro Reyes Terrazas	Lic. Arturo García García
Firma			
Fecha	15 de Mayo de 2006	17 de Mayo de 2006	19 de Mayo de 2006

8.4 **Evaluación.-** Permite valorar a través de instrumentos de medidas especificas los conocimientos o habilidades del individuo.

8.5 **Documentación Soporte.-** Consiste en las evidencias presentadas para justificar o acreditar un hecho, oficio, profesión o estado civil.

8.7 **Entrevista.-** Técnica con bases sociológicas o psicológicas, utilizadas para explorar y obtener datos útiles y de valores de una persona.

8.8 **Expediente.-** Es el conjunto de documentos que constituye la historia de un asunto.

8.9 **Función.-** Conjunto de actividades afines y coordinadas necesarias para alcanzar un objetivo.

8.10 **Puesto.-** Asignación oficial que se le da a cada trabajador en cuanto a sus responsabilidades, obligaciones y operaciones de trabajo.

8.11 **Aspirante ó Candidato.-** Persona que desea ingresar a un empleo.

8.12 **Ejercicio laboral activo.-** Es el tiempo de vigencia que el trabajador mantiene laborando al Servicio del Estado.

SECRETARÍA DE SALUD
DGRDP
DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS
23 MAY 2006
AUTORIZO

9.0 Cambios de esta versión

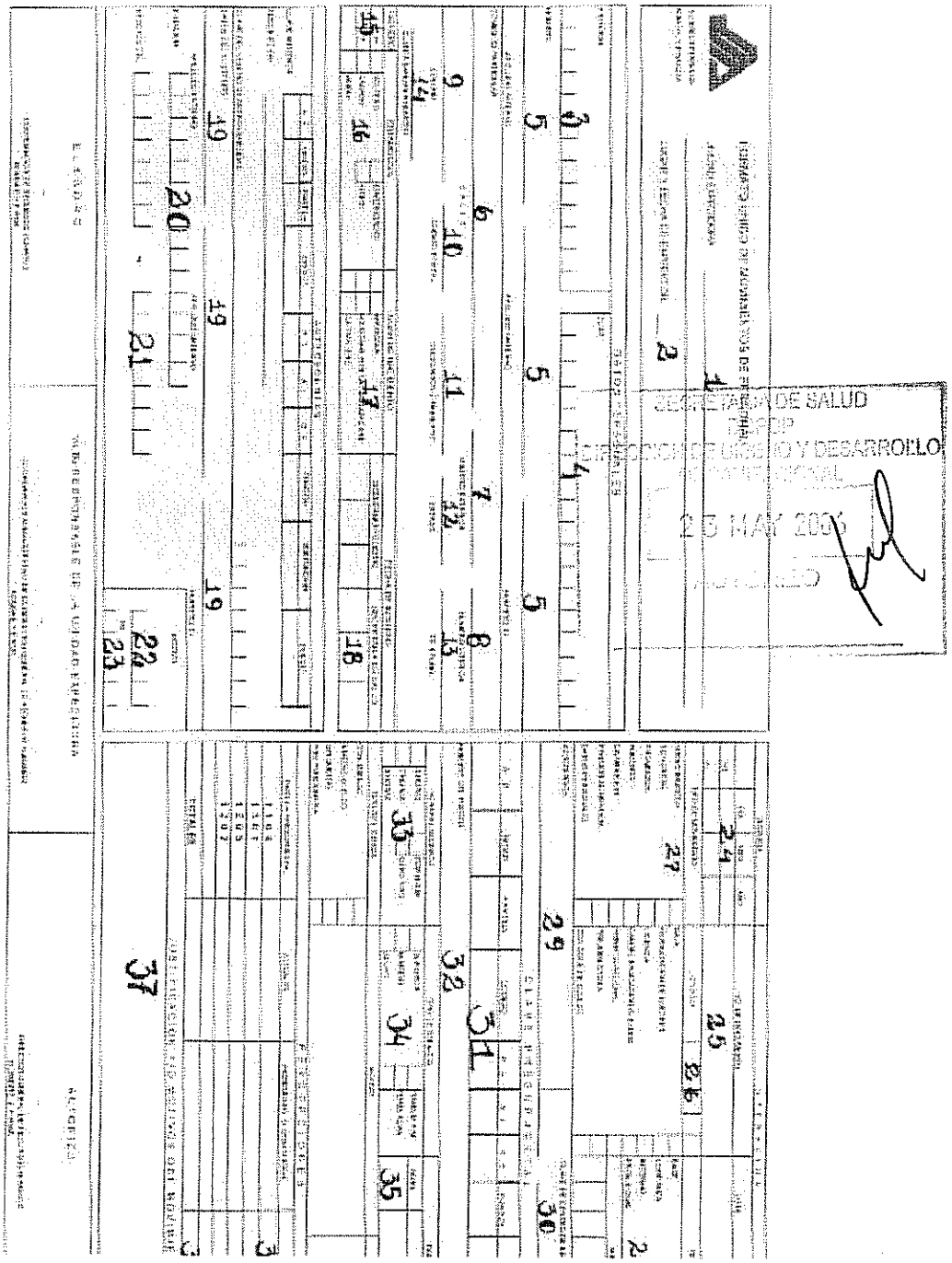
Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
0	No aplica	No aplica

10.0 Anexos

10.1 Formato Único de Movimientos de Personal FUMP
10.2 Formato de Alta del ISSSTE
10.3 Rendición de Protesta ante Autoridad Federal
10.4 Formato de Seguro Institucional MetLife México, consentimiento para ser asegurado y designación de Beneficiarios.
10.5 Formato de Apertura de Cuenta Bancaria (HSBC)

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	**Revisó :**	**Autorizó:**
Nombre	Lic. Edith Barragán Rodríguez	C.P. Lázaro Reyes Terrazas	Lic. Arturo García García
Firma			
Fecha	15 de Mayo de 2006	17 de Mayo de 2006	19 de Mayo de 2006

10.1 Formato Único de Movimientos de Personal FUMP



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	**Revisó :**	**Autorizó:**
Nombre	Lic. Edith Barragán Rodríguez	C.P. Lázaro Reyes Terrazas	Lic. Arturo García García
Firma			
Fecha	15 de Mayo de 2006	17 de Mayo de 2006	19 de Mayo de 2006

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO UNICO DE MOVIMIENTOS DE PERSONAL (FUMP)

1. UNIDAD EXPEDIDORA	DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS.
2. LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN	ANOTAR LA FECHA EN LA QUE SE ESTÁ ELBORANDO EL FUMP.
3. FILIACIÓN	ANOTAR LA FILIACIÓN O R.F.C. DEL TRABAJADOR CON HOMOCLAVE.
4. CURP	ANOTAR LA CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN DEL TRABAJADOR.
5. NOMBRE	ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO DEL TRABAJADOR EMPEZANDO POR EL APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (S) COMPLETO, SIN ABREVIATURAS.
6. DOMICILIO PARTICULAR (CALLE)	ANOTAR LA CALLE DE SU DOMICILIO ACTUAL Y QUE DEBE DE SER EL MISMO DE EL DE SU COMPROBANTE DE DOMICILIO.
7. NÚMERO EXTERIOR	ANOTAR EL NÚMERO EXTERIOR DE SU DOMICILIO ACTUAL DEL TRABAJADOR.
8. NÚMERO INTERIOR	ANOTAR EL NÚMERO INTERIOR DE SU DOMICILIO ACTUAL (EN SU CASO).
9. COLONIA	ANOTAR LA COLONIA DEL DOMICILIO ACTUAL Y QUE DEBE DE SER EL MISMO DE EL DE SU COMPROBANTE DE DOMICILIO.
10. CÓDIGO POSTAL	ANOTAR EL CÓDIGO POSTAL DEL DOMICILIO ACTUAL Y QUE DEBE DE SER EL MISMO DE EL DE SU COMPROBANTE DE DOMICILIO.
11. DELEGACIÓN O MUNICIPIO	ANOTAR LA DELEGACIÓN O MUNICIPIO DEL DOMICILIO ACTUAL Y QUE DEBE DE SER EL MISMO DE EL DE SU COMPROBANTE DE DOMICILIO.

SECRETARÍA DE SALUD
DGDCP
DIRECCIÓN DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL
23 MAY 2006
AUTORIZADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Lic. Edith Barragán Rodríguez	C.P. Lázaro Reyes Terrazas	Lic. Arturo García García
Firma			
Fecha	15 de Mayo de 2006	17 de Mayo de 2006	19 de Mayo de 2006

12. ESTADO	ANOTAR EL ESTADO DEL DOMICILIO ACTUAL Y QUE DEBE DE SER EL MISMO DE EL DE SU COMPROBANTE DE DOMICILIO.
13. TELÉFONO	ANOTAR EL NÚMERO TELEFÓNICO DEL TRABAJADOR DE SU DOMICILIO PARTICULAR.
14. CUENTA BANCARIA NÚMERO	ANOTAR EL NÚMERO DE CUENTA BANCARIA DEL TRABAJADOR (HSBC).
15. GÉNERO	ANOTAR UNA "X" EN LA M SI ES HOMBRE O EN LA F SI ES MUJER.
16. ESTADO CIVIL	ANOTAR UNA "X" EN EL QUE SEA EL CASO DEL TRABAJADOR (SOLTERO, CASADO, VIUDO, DIVORCIADO, OTRO).
17. LUGAR DE NACIMIENTO	ANOTAR UNA "X" DONDE CORRESPONDA MEXICANA, MEXICANA POR NATURALIZACIÓN O EXTRANJERO.
18. FECHA DE INGRESO	FECHA DE INGRESO DEL TRABAJADOR A LA SECRETARÍA DE SALUD EMPEZANDO POR AÑO, MES Y DÍA.

SECRETARÍA DE SALUD
DGPCP
DIRECCIÓN DE DISEÑO Y DESARROLLO ORGANIZACIONAL
23 MAY 2006
AUTORIZO

NOTA: LA SIGUIENTE ÁREA SE LLENARÁ SÓLO EN CASO DE QUE EL TRABAJADOR DE NUEVO INGRESO SUSTITUYA AL ALGUNO QUE HAYA CAUSADO BAJA EN LA PLAZA QUE VA A INGRESAR.

19. DATOS DEL SUSTITUTO	ANOTAR EL NOMBRE DEL SUSTITUIDO, EMPEZANDO POR EL APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (S), SIN ABREVIATURAS.
20. FILIACIÓN	ANOTAR LA FILIACIÓN O EL R.F.C. DEL TABAJADOR SUSTITUÍDO CON HOMOCLAVE.
21. EFECTOS DEL	ANOTAR LA FECHA EN LA QUE CAUSÓ BAJA EN LA PLAZA A OCUPARSE DÍA, MES Y AÑO.
22. MOTIVO	ANOTAR LA CLAVE POR LA QUE CAUSÓ BAJA, DE CONFORMIDAD CON EL CATÁLOGO DE MOVIMIENTOS DEL PERSONAL.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Lic. Edith Barragán Rodríguez	C.P. Lázaro Reyes Terrazas	Lic. Arturo García García
Firma			
Fecha	15 de Mayo de 2006	17 de Mayo de 2006	19 de Mayo de 2006

23. Nº	ANOTAR EL NÚMERO DE CONTROL INTERNO CON EL QUE SE DIO LA BAJA EN LA PLAZA DE QUE SE TRATA.

LOS SIGUIENTES DATOS ES PARA TODOS LOS CASOS.

24. VIGENCIA	ANOTAR LA VIGENCIA CON LA QUE TENDRÁ PRINCIPIO LA RELACIÓN LABORAL (SIEMPRE SERÁ 01 O 16 DEL MES).
25. Nº DE DOCUMENTO	ANOTAR EL NÚMERO DE CONTROL INTERNO.
26. CÓDIGO	ANOTAR EL CÓDIGO DEL MOVIMIENTO DE ACUERDO AL CATÁLOGO DE MOVIMIENTOS DEL PERSONAL.
27. TIPO DE MOVIMIENTO	ANOTAR UNA "X" EN EL TIPO DE MOVIMIENTO CORRESPONDIENTE (NUEVO INGRESO O REINGRESO).
28. TIPO DE TRABAJADOR	ANOTAR UNA "X" EN PROVISIONAL.
29. ADSCRIPCIÓN	ANOTAR EL NOMBRE DE LA DIRECCIÓN EN LA QUE VA A ESTAR LABORANDO.
30. CLAVE DEL CENTRO DE RESPONSABILIDAD	ANOTAR LA CLAVE INTERNA QUE CORRESPONDA A LA DIRECCIÓN EN LA QUE ESTÁ LABORANDO (CONSTA DE 10 DÍGITOS).
31. CLAVE PRESUPUESTAL	ANOTAR LA CLAVE PRESUPUESTAL CORRESPONDIENTE DE ACUERDO AL PUESTO, MISMA QUE EMITE LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO PARA LAS UNIDADES Y QUE ESTE VIGENTE AL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN.
32. NOMBRE DEL PUESTO	ANOTAR EL NOMBRE DEL PUESTO DE ACUERDO AL TABULADOR QUE EMITE LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO Y QUE ESTÉN VIGENTES AL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN.

SECRETARÍA DE SALUD
DGRCP
DIRECCIÓN DE DISEÑO Y DESARROLLO ORGANIZACIONAL
25 MAY 2006
AUTORIZO

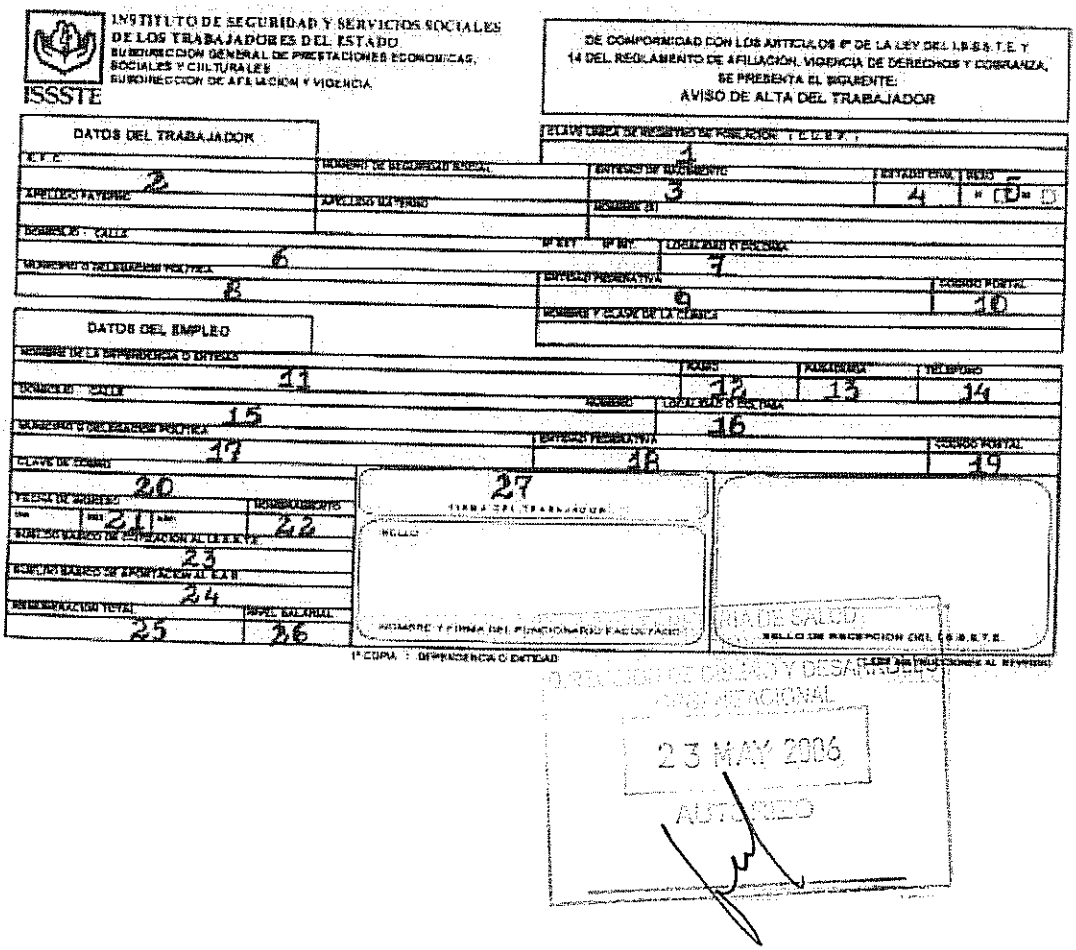
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Lic. Edith Barragán Rodríguez	C.P. Lázaro Reyes Terrazas	Lic. Arturo García García
Firma			
Fecha	15 de Mayo de 2006	17 de Mayo de 2006	19 de Mayo de 2006

33. HORARIO ASIGNADO	ANOTAR UNA "X" EN EL HORARIO CORRESPONDIENTE DE ACUERDO CON EL PUESTO AL QUE VA A INGRESAR (7 U 8 HORAS).
34. TIPO DE SERVICIO	ANOTAR UNA "X" EN EL TIPO DE SERVICIO CORRESPONDIENTE, DE ACUERDO AL PUESTO.
35. NIVEL	ANOTAR EL NIVEL DEL PUESTO, DE ACUERDO AL TABULADOR QUE EMITE LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO Y QUE ESTÉN VIGENTES AL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN.
36. PERCPECIONES	ANOTAR LAS PERCEPCIONES ACORDADAS, DE ACUERDO AL TABULADOR QUE EMITE LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO Y QUE ESTÉN VIGENTES AL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN.
37. JUSTIFICACIÓN Y/O MOTIVOS DEL MOVIMIENTO	ANOTAR EL CÓDIGO DEL MOVIMIENTO DE NUEVO INGRESO DE CONFORMIDAD CON EL CATÁLOGO DE MOVIMIENTOS DEL PERSONAL.

DIRECCIÓN DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL
23 MAY 2006
AUTORIZO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó :
Nombre	Lic. Edith Barragán Rodríguez	C.P. Lázaro Reyes Terrazas	Lic. Arturo García García
Firma			
Fecha	15 de Mayo de 2006	17 de Mayo de 2006	19 de Mayo de 2006

10.2 Formato de alta del ISSSTE



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

DE CONFORMIDAD CON LOS ARTÍCULOS 8º DE LA LEY DEL I.S.S.S.T.E. Y 14 DEL REGLAMENTO DE AFILIACIÓN, VIGENCIA DE DERECHOS Y COBRANZA, SE PRESENTA EL SIGUIENTE:
AVISO DE ALTA DEL TRABAJADOR

DATOS DEL TRABAJADOR

DATOS DEL EMPLEO

1ª COPIA : DEPENDENCIA O ENTIDAD

DIRECCIÓN DE SALUD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL
23 MAY 2006
AUTORIZADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Lic. Edith Barragán Rodríguez	C.P. Lázaro Reyes Terrazas	Lic. Arturo García García
Firma			
Fecha	15 de Mayo de 2006	17 de Mayo de 2006	19 de Mayo de 2006

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO DE AVISO DE ALTA DEL TRABAJADOR AL ISSSTE

DATOS DEL TRABAJADOR

1. CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (C.U.R.P.)	ANOTAR LA CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN DEL TRABAJADOR.
2. R.F.C.	ANOTAR EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES DEL TRABAJADOR, CON HOMOCLAVE.
3. ENTIDAD DE NACIMIENTO	ANOTAR EL LUGAR DE NACIMIENTO DEL TRABAJADOR.
4. ESTADO CIVIL	ANOTAR EL ESTADO CIVIL DEL TRABAJADOR (SOLTERO, CASADO, DIVORCIADO, VIUDO, UNIÓN LIBRE).
5. SEXO	ANOTA UNA "X" EN LA H (HOMBRE) O M (MUJER), SEGÚN SEA EL CASO.
6. DOMICILIO	ANOTAR LA CALLE, NÚMERO EXTERIOR, NÚMERO INTERIOR (EN SU CASO).
7. LOCALIDAD O COLONIA	ANOTAR LA LOCALIDAD O COLONIA DONDE VIVE EL TRABAJADOR.
8. MUNICIPIO O DELEGACIÓN POLÍTICA	ANOTAR EL MUNICIPIO O DELEGACIÓN POLÍTICA DONDE VIVE EL TRABAJADOR.
9. ENTIDAD FEDERATIVA	ANOTAR LA ENTIDAD FEDERATIVA DONDE VIVE EL TRABAJADOR.
10. CÓDIGO POSTAL	ANOTAR EL CÓDIGO POSTAL DONDE VIVE EL TRABAJADOR.

DATOS DEL EMPLEO

11. NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD	ANOTAR INVARIABLEMENTE DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS-SECRETARÍA DE SALUD.
12. RAMO	ANOTAR INVARIABLEMENTE 00012.

13. PAGADURÍA	ANOTAR INVARIABLEMENTE 513 09.
14. TELÉFONO	ANOTAR EL VIGENTE.
15. DOMICILIO	ANOTAR EL DOMICILIO ACTUAL DE LA COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA.
16. LOCALIDAD O COLONIA	ANOTAR LA COLONIA DEL DOMICILIO DE LA COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA.
17. MUNICIPIO O DELEGACIÓN POLÍTICA	ANOTAR EL MUNICIPIO O DELEGACIÓN POLÍTICA DEL DOMICILIO ACTUAL DE LA COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA.
18. ENTIDAD FEDERATIVA	ANOTAR INVARIABLEMMENTE DISTRITO FEDERAL.
19. CÓDIGO POSTAL	ANOTAR EL CÓDIGO POSTAL DEL DOMICILIO ACTUAL DE LA COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA.
20. CLAVE DE COBRO	ANOTAR LA CLAVE PRESUPUESTAL DEL TRABAJADOR.
21. FECHA DE INGRESO	ANOTAR LA FECHA DE INGRESO DEL TRABAJADOR.
22. NOMBRAMIENTO	ANOTAR QUE TIPO DE NOMBRAMIENTO OSTENTA EL TRABAJADOR (BASE, PROVISIONAL, CONFIANZA).
23. SUELDO BÁSICO DE COTIZACIÓN AL I.S.S.S.T.E.	ANOTAR EL SUELDO VIGENTE CONFORME AL TABULADOR.
24. SUELDO BÁSICO DE APORTACIÓN AL S.A.R.	INVARIABLEMENTE ES EL MISMO QUE EL SEÑALADO EN EL PUNTO QUE ANTECEDE.
25. REMUNERACIÓN TOTAL	INVARIABLEMENTE ES EL MISMO QUE EL SEÑALADO EN EL PUNTO QUE ANTECEDE.

SECRETARÍA DE SALUD
DGPOP
DIRECCIÓN DE DISEÑO Y DESARROLLO ORGANICO
23 MAY 2006
AUTORIZO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Lic. Edith Barragán Rodríguez	C.P. Lázaro Reyes Terrazas	Lic. Arturo García García
Firma			
Fecha	15 de Mayo de 2006	17 de Mayo de 2006	19 de Mayo de 2006

26. NIVEL SALARIAL	ANOTAR EL NIVEL DEL PUESTO CON EL QUE FUE CONTRATADO, CONFORME AL TABULADOR.
27. FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA AUTÓGRAFA CON TINTA NEGRA DEL TRABAJADOR CONTRATADO.

SECRETARÍA DE SALUD
DGTIOP
DIRECCIÓN DE DISEÑO Y DESARROLLO ORGANIZACIONAL
23 MAY 2006
AUTORIZÓ

10.3 Formato de Rendición de protesta ante Autoridad Federal

RENDICION DE PROTESTA ANTE AUTORIDAD FEDERAL

PROTESTO, BAJO JURAMENTO DE DECIR LA VERDAD, CONFORME A LO DISPUESTO POR EL ARTICULO 128 DE LA CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, GUARDAR Y HACER GUARDAR ESTA Y LAS LEYES QUE DE ELLA EMANEN, ASIMISMO, DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE 1 DESEMPEÑO OTRO EMPLEO EN EL GOBIERNO FEDERAL, SER DE NACIONALIDAD 2, TENER 3 AÑOS DE EDAD, DEL SEXO 4, ESTADO CIVIL 5 Y CON DOMICILIO EN 6

MEXICO, D.F. A ____ DE 7 DE 200__

SECRETARÍA DE SALUD
DGRCP
DIRECCIÓN DE DISEÑO Y DESARROLLO ORGANIZACIONAL
23 MAY 2006
AUTORIZO

8
NOMBRE Y FIRMA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó
Nombre	Lic. Edith Barragán Rodríguez	C.P. Lázaro Reyes Terrazas	Lic. Arturo García García
Firma			
Fecha	15 de Mayo de 2006	17 de Mayo de 2006	19 de Mayo de 2006

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO DE RENDICIÓN DE PROTESTA ANTE AUTORIDAD FEDERAL

1. ANOTAR SI O NO, SEGÚN SEA EL CASO, DESEMPEÑA OTRO EMPLEO EN EL GOBIERNO FEDERAL.

2. ANOTAR LA NACIONALIDAD DEL TRABAJADOR.

3. ANOTAR LA EDAD ACTUAL DEL TRABAJADOR.

4. ANOTAR EL SEXO DEL TRABAJADOR (FEMENINO O MASCULINO).

5. ANOTAR EL ESTADO CIVIL DEL TRABAJADOR (SOLTERO, CASADO, VIUDO, DIVORCIADO, UNIÓN LIBRE)

6. ANOTAR EL DOMICILIO PARTICULAR DEL TRABAJADOR Y QUE DEBE DE SER EL MISMO DEL QUE PRESENTÓ COMPROBANTE PARA TAL EFECTO.

7. ANOTAR LA FECHA CON LA QUE EL TRABAJADOR VA A SER CONTRATADO.

8. NOMBRE Y FIRMA NOMBRE Y FIRMA AUTÓGRAFA DEL TRABAJADOR

NOTA: ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO POR EL PROPIO TRABAJADOR CON LETRA DE MOLDE Y CON TINTA NEGRA.

SECRETARÍA DE SALUD
DGTOR
DIRECCIÓN DE DISEÑO Y DESARROLLO ORGANIZACIONAL
23 MAY 2006
AUTORIZO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Lic. Edith Barragán Rodríguez	C.P. Lázaro Reyes Terrazas	Lic. Arturo García García
Firma			
Fecha	15 de Mayo de 2006	17 de Mayo de 2006	19 de Mayo de 2006

10.4 Formato de seguro Institucional MetLife, Consentimiento para ser Asegurado y Designación de Beneficiarios.

MetLife México

FOLIO AA 0060885

23 MAY 2006

AUTORIZO

CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO Y DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

DEL SEGURO CONTRATADO POR LOS PODERES DE LA UNIÓN EN FAVOR DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS.

SUMA ASEGURADA

LA QUE ESTE EN VIGOR A LA FECHA DEL SINIESTRO, DE ACUERDO CON EL CONTRATO RESPECTIVO.

FAVOR DE LEER CUIDADOSAMENTE ESTE DOCUMENTO Y LLENAR CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE Y BOLÍGRAFO CON TINTA NEGRA O AZUL.

DATOS DEL ASEGURADO

1 Apellido paterno — 1 Apellido materno — 1 Nombre(s)

RFC 2

CURP 3

4 Dependencia en que labora

5 Unidad administrativa — 6 Nombre de la unidad administrativa

Expresamente otorgo a MetLife México, S. A., mi consentimiento para ser asegurado durante la vigencia del correspondiente contrato de seguro, así como de aquel(los) que en el futuro llegue a concertar en mi favor el contratante de este póliza y para aquel(los) beneficiar(a) adicional(es) o incrementar(a) de suma asegurada que se concerte(n) en mi favor.
DESIGNACION DE BENEFICIARIOS: Para el caso en que sea una persona distinta al propio asegurado, así como para aquel(los) seguro(s) que en el futuro se concerte(n) en su favor, incluyendo la(s) contratación(es) de beneficiar(a) adicional(es) o incrementar(a) de suma asegurada. Se recomienda al asegurado que haga su designación en forma sencilla, anotando el nombre completo de cada uno de sus beneficiarios.
ADVERTENCIAS: En el caso de que se desee nombrar 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 deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos o otros cargos similares y no considerarlo al contrato de seguro como 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.

BENEFICIARIOS (Nombre y Apellidos)

7

8 Ciudad/ Estado — Fecha: 9 (A A A A M M D D)

MetLife México, S. A., pagará la suma asegurada que corresponda, de acuerdo con los términos del respectivo contrato de seguro, a los beneficiarios que consten en la última designación que obre en su poder, quedando liberada de toda responsabilidad si, posteriormente a dicho pago, recibe nueva designación de beneficiarios.

SELLO DE RECEPCIÓN
De la oficina de adscripción del trabajador.

10

FIRMA DEL ASEGURADO (Favor de no salirse del recuadro.)

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Lic. Edith Barragán Rodríguez	C.P. Lázaro Reyes Terrazas	Lic. Arturo García García
Firma			
Fecha	15 de Mayo de 2006	17 de Mayo de 2006	19 de Mayo de 2006

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO DE CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO Y DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS (METLIFE)

DATOS DEL ASEGURADO

1. ANOTAR EL APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (S) DEL TRABAJADOR, SIN ABREVIATURAS.

SECRETARÍA DE SALUD
DGPOP
DIRECCIÓN DE DISEÑO Y DESARROLLO ORGANIZACIONAL
23 MAY 2006
AUTORIZADO

2. R.F.C.	ANOTAR EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES DEL TRABAJADOR, CON HOMOCLAVE.
3. CURP	ANOTAR LA CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN DEL TRABAJADOR.
4. DEPENDENCIA EN QUE LABORA	ANOTAR INVARIABLEMENTE, SECRETARÍA DE SALUD.
5. UNIDAD ADMINISTRATIVA	ANOTAR INVARIABLEMENTE DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS.
6. DOMICILIO DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA	ANOTAR EL DOMICILIO ACTUAL DE LA COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA.

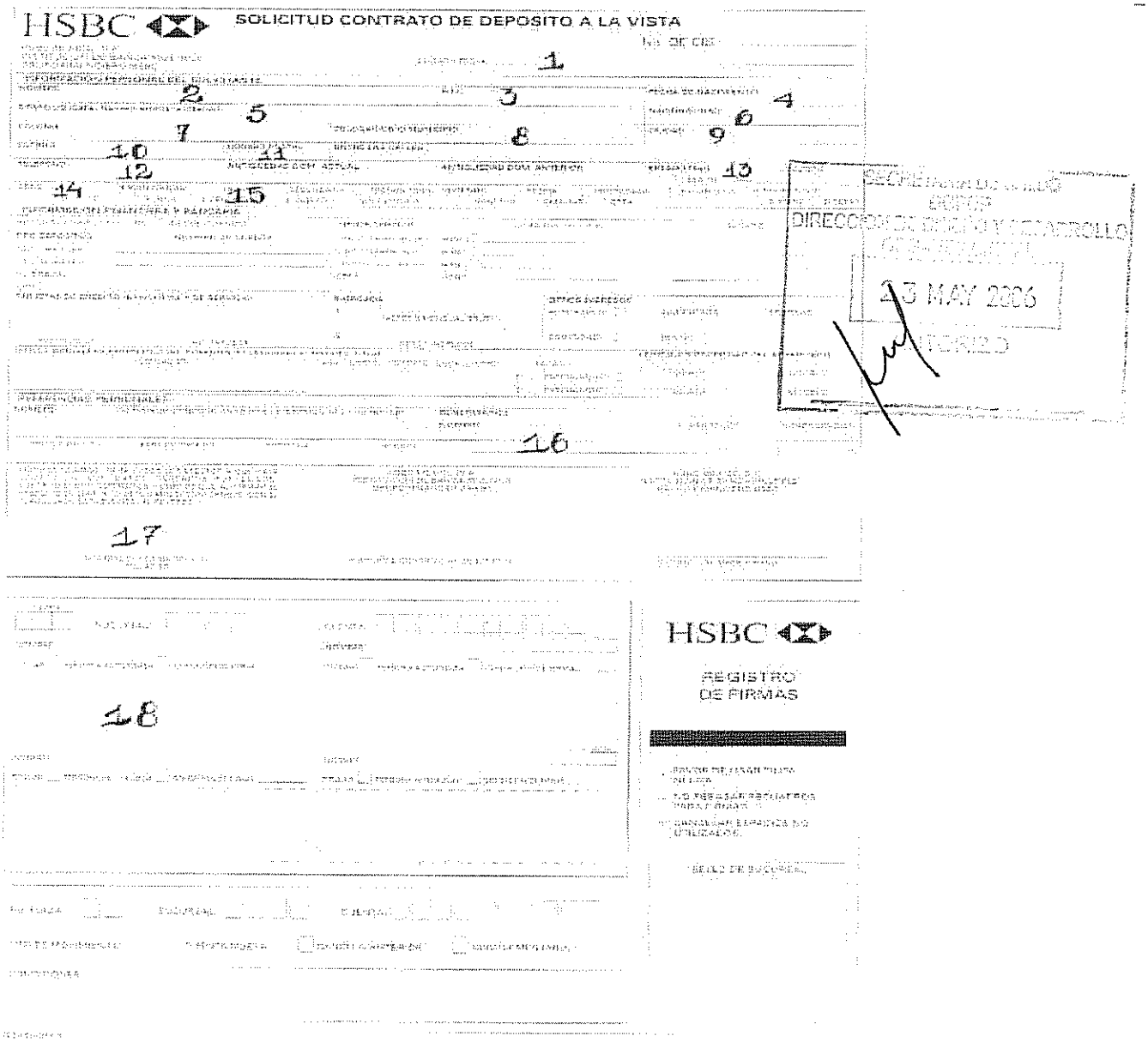
BENEFICIARIOS

7. EN ESTE ESPACIO ANOTAR LOS BENEFICIARIOS QUE EL TRABAJADOR DESIGNE CON NOMBRE (S) Y APELLIDOS COMPLETOS, SIN UTILIZAR ABREVIATURAS (COMO APARECE EN SU ACTA DE NACIMIENTO), ASÍ COMO PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN EN EL SEGURO.

8. CIUDAD/ESTADO	MÉXICO, DISTRITO FEDERAL
9. FECHA	ANOTAR LA FECHA EN QUE SE ELABORA COMENZANDO POR EL AÑO, MES Y DÍA.

10. FIRMA AUTÓGRAFA DEL ASEGURADO CON TINTA NEGRA, SIN SALIRSE DEL RECUADRO.

10.5 Formato de Apertura de Cuenta Bancaria


HSBC SOLICITUD CONTRATO DE DEPOSITO A LA VISTA

1

2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15

16

17

18

HSBC REGISTRO DE FIRMAS

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN DE DISEÑO Y DESARROLLO
23 MAY 2006
AUTORIZO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Lic. Edith Barragán Rodríguez	C.P. Lázaro Reyes Terrazas	Lic. Arturo García García
Firma			
Fecha	15 de Mayo de 2006	17 de Mayo de 2006	19 de Mayo de 2006

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO DE APERTURA DE CUENTA BANCARIA (HSBC)

INFORMACIÓN PERSONAL DEL SOLICITANTE

1. LUGAR Y FECHA	ANOTAR LA FECHA EN LA QUE SE ESTÁ ELABORANDO.
2. NOMBRE:	ANOTAR EL APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (S) DEL TRABAJADOR, SIN ABREVIATURAS.
3. R.F.C.	ANOTAR EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES DEL TRABAJADOR, CON HOMOCLAVE.
4. FECHA DE NACIMIENTO	ANOTAR LA FECHA DE NACIMIENTO DEL TRABAJADOR, COMO LO SEÑALA EL ACTA DE NACIMIENTO.
5. DOMICILIO	ANOTAR LA CALLE, NÚMERO EXTERIOR, NÚMERO INTERIOR (EN SU CASO), CONFORME AL COMPROBANTE DE DOMICILIO.
6. NACIONALIDAD	ANOTAR LA NACIONALIDAD DEL TRABAJADOR.
7. COLONIA	ANOTAR LA LOCALIDAD O COLONIA DONDE VIVE EL TRABAJADOR, CONFORME AL COMPROBANTE DE DOMICILIO.
8. DELEGACIÓN O MUNICIPIO	ANOTAR EL MUNICIPIO O DELEGACIÓN POLÍTICA DONDE VIVE EL TRABAJADOR, CONFORME AL COMPROBANTE DE DOMICILIO.
9. CIUDAD	ANOTAR LA CIUDAD DONDE RADICA EL TRABAJADOR, CONFORME AL COMPROBANTE DE DOMICILIO.
10. ESTADO	ANOTAR EL ESTADO DONDE RADICA EL TRABAJADOR, CONFORME AL COMPROBANTE DE DOMICILIO.

SECRETARÍA DE SALUD
DGPOP
DIRECCIÓN DE DISEÑO Y DESARROLLO ORGANIZACIONAL
25 MAY 2006
AUTORIZO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Lic. Edith Barragán Rodríguez	C.P. Lázaro Reyes Terrazas	Lic. Arturo García García
Firma			
Fecha	15 de Mayo de 2006	17 de Mayo de 2006	19 de Mayo de 2006

11. CÓDIGO POSTAL	ANOTAR EL CÓDIGO POSTAL DONDE VIVE EL TRABAJADOR, CONFORME AL COMPROBANTE DE DOMICILIO.
12. TELÉFONO	ANOTAR EL NÚMERO TELEFÓNICO DEL TRABAJADOR.
13. ESTADO CIVIL	ANOTAR EL ESTADO CIVIL DEL TRABAJADOR (SOLTERO, CASADO, DIVORCIADO, VIUDO, UNIÓN LIBRE).
14. SEXO	ANOTAR UNA "X" EN LA M SI ES HOMBRE, O EN SU CASO EN LA F SI ES MUJER.
15. ESCOLARIDAD	ANOTAR UN "X" DE ACUERDO A LA MÁXIMA ESCOLARIDAD ALCANZADA POR EL TRABAJADOR.
16. BENEFICIARIOS	ANOTAR LOS BENEFICIARIOS QUE EL TRABAJADOR ASIGNE CON EL NOMBRE COMPLETO SIN ABREVIATURAS, EL PARENTESCO, Y LA PARTICIPACIÓN EN PORCENTAJE.
17. NOMBRE Y FIRMA DEL (LOS) TITULAR (ES)	INVARIABLEMENTE LA FIRMA AUTÓGRAFA DEL TRABAJADOR., CON TINTA NEGRA.
18. REGISTRO DE FIRMAS	INVARIABLEMENTE LA FIRMA AUTÓGRAFA DEL TRABAJADOR, CON TINTA NEGRA Y SIN REBASAR EL RECUADRO.