



Procedimiento:		
<b>Altas de personal</b>		
Unidad responsable: <b>Dirección Administrativa</b> - Departamento de Contabilidad	Macroproceso: <b>CEAPAS</b>	
Proceso de apoyo: <b>Administración de personal</b>	Subproceso: <b>Administración de personal</b>	
Fecha vigencia: <b>01/06/2020</b>	Código: <b>PDA-01</b>	Revisión: <b>01</b>

## 1. PROPÓSITO

Llevar a cabo las altas de los nuevos trabajadores que se incorporan a la comisión, esto se lleva a cabo en los procesos de nómina y en el IMSS.

## 2. ALCANCE

Aplica para todos los trabajadores que se incorporan a trabajar en la comisión. Inicia con la revisión de la disponibilidad presupuestal o la existencia de plazas autorizadas vacantes y termina con la captura o alta del trabajador y todos sus datos en el sistema de nómina.

## 3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN

La comisión actualmente opera el sistema *CONTPAQi Nominas* para administrar los movimientos de personal y procesos de nómina.

Los procesos de reclutamiento y selección de personal deben de considerar lo establecido en el Manual de puestos de la comisión, con el fin de integrar a la plantilla laboral al mejor de los candidatos.

Las altas de personal ante el IMSS deben darse durante los primeros cinco días hábiles desde que se incorpora el trabajador a su centro de trabajo.

Para el alta de personal de mandos medios y superiores, debe existir previamente el nombramiento correspondiente.

Se puede generar un alta para cubrir una plaza autorizada que quedó vacante por renuncia, defunción, jubilación-pensión o derivado de la implementación de nuevos marcos normativos que demanden incrementar la plantilla laboral, recabando previamente, la o las autorizaciones requeridas, dentro de ellas, la ampliación presupuestal en servicios personales.

## 4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Ley General de Contabilidad Gubernamental.

Ley de Disciplina Financiera para las Entidades Federativas y Municipios.



Procedimiento:		
<b>Altas de personal</b>		
Unidad responsable: <b>Dirección Administrativa</b> - Departamento de Contabilidad	Macroproceso:  <b>CEAPAS</b>	
Proceso de apoyo: <b>Administración de personal</b>	Subproceso: <b>Administración de personal</b>	
Fecha vigencia: <b>01/06/2020</b>	Código: <b>PDA-01</b>	Revisión: <b>01</b>

Ley de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria del Estado de Sinaloa.

Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Ley Federal del Trabajo.

Código Fiscal de la Federación.

Ley de Hacienda del Estado de Sinaloa.

## 5. REGISTROS

No aplica.

## 6. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

**CEAPAS o Comisión:** Comisión Estatal de Agua Potable y Alcantarillado de Sinaloa.

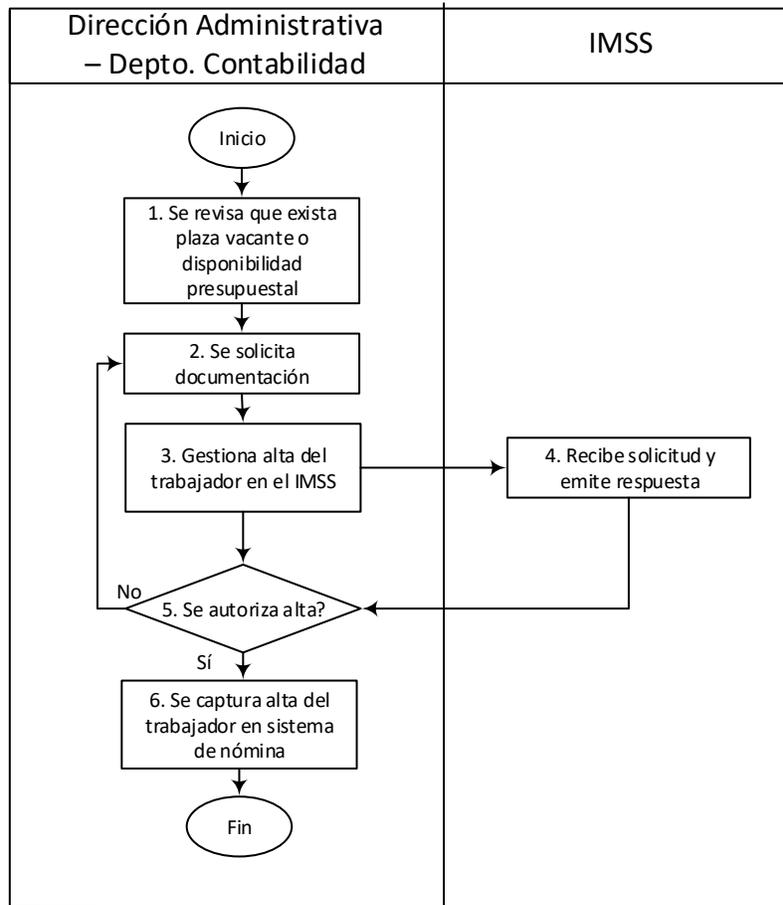
**CONTPAQi Nominas:** Sistema para la administración de la nómina que se adapta de manera fácil a los procesos de cálculo, cumple con todas las obligaciones de ley y permite hacer un pago a tiempo a tus empleados. Diseñado para personal dedicado exclusivamente a los procesos de nómina, contadores y encargados de recursos humanos de todo perfil de empresas.

**IMSS:** Instituto Mexicano del Seguro Social.



Procedimiento:		
<b>Altas de personal</b>		
Unidad responsable: <b>Dirección Administrativa</b> - Departamento de Contabilidad	Macroproceso: <b>CEAPAS</b>	
Proceso de apoyo: <b>Administración de personal</b>	Subproceso: <b>Administración de personal</b>	
Fecha vigencia: <b>01/06/2020</b>	Código: <b>PDA-01</b>	Revisión: <b>01</b>

## 7. DIAGRAMA DE FLUJO



## 8. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	Actividad	Tareas	Registro
Dirección Administrativa – Depto. Contabilidad	1. Se revisa que exista plaza vacante o disponibilidad presupuestal	1.1 Previo a los procesos de alta, se revisa que exista una plaza autorizada vacante existente.	



Procedimiento:		
<b>Altas de personal</b>		
Unidad responsable: <b>Dirección Administrativa</b> - Departamento de Contabilidad	Macroproceso: <b>CEAPAS</b>	
Proceso de apoyo: <b>Administración de personal</b>	Subproceso: <b>Administración de personal</b>	
Fecha vigencia: <b>01/06/2020</b>	Código: <b>PDA-01</b>	Revisión: <b>01</b>

		1.2 Si es plaza de nueva gestión, se revisa exista disponibilidad presupuestal.	
Dirección Administrativa – Depto. Contabilidad	2. Se solicita documentación	<p>2.1 Se requiere al candidato la documentación necesaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación oficial (preferentemente IFE/INE)</li> <li>• Número de Seguridad Social.</li> <li>• Registro Federal de Contribuyentes.</li> <li>• Comprobante de domicilio no mayor a tres meses.</li> <li>• CURP.</li> <li>• Acta de nacimiento.</li> <li>• Constancia de crédito de INFONAVIT, en caso de contar con un crédito vigente.</li> <li>• 1 Fotografía tamaño infantil.</li> <li>• Carta de no antecedentes penales.</li> <li>• Currículum actualizado, firmado.</li> <li>• Licencia de conducir automovilista vigente (preferente)</li> <li>• Certificado de estudios (máximo)</li> <li>• Correo electrónico.</li> <li>• Llenado de formato para el seguro de vida y documentación requerida por este proceso.</li> <li>• Carátula de estado de cuenta de débito (Banorte) o llenado de solicitud para otorgar cuenta-tarjeta.</li> </ul>	



Procedimiento:		
<b>Altas de personal</b>		
Unidad responsable: <b>Dirección Administrativa</b> - Departamento de Contabilidad	Macroproceso: <b>CEAPAS</b>	
Proceso de apoyo: <b>Administración de personal</b>	Subproceso: <b>Administración de personal</b>	
Fecha vigencia: <b>01/06/2020</b>	Código: <b>PDA-01</b>	Revisión: <b>01</b>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombramiento en caso de corresponder a mandos medios y superiores dentro de CEAPAS.</li> </ul>	
Dirección Administrativa – Depto. Contabilidad	3. Gestiona alta del trabajador en el IMSS	3.1 Se gestiona el alta del candidato a trabajador en el portal de internet del IMSS	
IMSS	4. Recibe solicitud y emite respuesta	4.1 Recibe solicitud de alta. 4.2 Emite resolución a la solicitud, la cual puede ser rechazada por discrepancias en la información y/o documentación proporcionada por el candidato a trabajador . 4.3 Envía a través del mismo sistema en línea, la respuesta a la solicitud de alta.	
Dirección Administrativa – Depto. Contabilidad	5. Se autoriza alta?	5.1 Si se rechaza el alta se le notifica al candidato a trabajador para que éste corrija los documentos. El proceso se regresa a la actividad 2 5.2 Si la solicitud de alta es aceptada, continua en la actividad 6.	
Dirección Administrativa – Depto. Contabilidad	6. Se captura alta del trabajador en sistema de nómina	6.1 Una vez autorizada el alta ante el IMSS, se captura el trabajador y todos sus datos en el sistema de nómina (Conpaqi nomina).	
Fin del procedimiento			

## 9. DOCUMENTACIÓN DE INDICADORES

Indicador	Unidad de medida	Periodicidad	Responsable
-----------	------------------	--------------	-------------



Procedimiento:		
<b>Altas de personal</b>		
Unidad responsable: <b>Dirección Administrativa</b> - Departamento de Contabilidad	Macroproceso:  <b>CEAPAS</b>	
Proceso de apoyo: <b>Administración de personal</b>	Subproceso: <b>Administración de personal</b>	
Fecha vigencia: <b>01/06/2020</b>	Código: <b>PDA-01</b>	Revisión: <b>01</b>

(Trabajadores que causaron alta en el periodo / Solicitudes de alta en el periodo) * 100	Porcentaje	Semestral	Depto. de Contabilidad
--	------------	-----------	------------------------

## 10. PRODUCTOS

- Listado de trabajadores actualizado.

## 11. CONTROL DE CAMBIOS

Revisión	Fecha	Revisó	Aprobó	Descripción del cambio
01	01/06/2020	Lic. Katy Angelina Padilla Aguirre	Lic. Efrén Alarcón Lizárraga	Emisión inicial



Procedimiento:		
<b>Altas de personal</b>		
Unidad responsable: <b>Dirección Administrativa</b> - Departamento de Contabilidad	Macroproceso: <b>CEAPAS</b>	
Proceso de apoyo: <b>Administración de personal</b>	Subproceso: <b>Administración de personal</b>	
Fecha vigencia: <b>01/06/2020</b>	Código: <b>PDA-01</b>	Revisión: <b>01</b>

## 12. ANEXOS

### Constancia de presentación de movimientos afiliatorios ante el IMSS (altas)

<b>gob mx</b>	
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	
Acuse de recibo electrónico IMSS DESDE SU EMPRESA	
En términos del Artículo 6 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización, el Instituto Mexicano del Seguro Social extiende el presente Acuse de recibo electrónico del Patrón o Sujeto Obligado con Nombre o Razón Social COMISION ESTATAL DE AGUA POTABLE Y ALCANTARILLADO con Registro Patronal E4944584107.	
Información General	
Número de folio: 4661135267664184615	Razón Social: COMISION ESTATAL DE AGUA POTABLE Y ALCANTARILLADO
Número de lote: 266920909	Fecha y hora de recepción del lote: 2020-03-04 15:26
RFC del patrón: CEA840220R35	Serial del certificado: 00000100000207967555
Registro Patronal: E4944584107	
Huella Digital	
22420d5ab49668c8e71488e15b3c0f2e9ee7146f	
E494458410718192002462LOPEZ PEREZ VICTOR ALEJANDRO 074840000010100302020009 0601400 LOPV950297HSUPRO02 9 000001 01400 6	
Este documento es una representación impresa de los movimientos afiliatorios que fueron transmitidos, mismo que es extraído de la notaría	
Sello Digital: BD1CD391D682B4D3BE944F56C423E5BCA4B321F0D39A7ABC3B91046BB7C7B800DF7BF24BE81906AA32EE451C0FA5FDED2F905692D52F6A621347DEC2D64BD895   480876863	



Contacto:  
Reforma 476, Col. Juárez  
C.P. 06600, Del. Cuauhtémoc  
Ciudad de México  
Tel. 01 800 6232323



Procedimiento:		
<b>Altas de personal</b>		
Unidad responsable: <b>Dirección Administrativa</b> - Departamento de Contabilidad	Macroproceso: <b>CEAPAS</b>	
Proceso de apoyo: <b>Administración de personal</b>	Subproceso: <b>Administración de personal</b>	
Fecha vigencia: <b>01/06/2020</b>	Código: <b>PDA-01</b>	Revisión: <b>01</b>



Constancia de presentación de movimientos afiliatorios  
IMSS DESDE SU EMPRESA

En términos del Artículo 6 del Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización, el Instituto Mexicano del Seguro Social extiende la presente Constancia de presentación de movimientos afiliatorios del Patrón o Sujeto Obligado con Nombre o Razón Social COMISION ESTATAL DE AGUA POTABLE Y ALCANTARILLADO con Registro Patronal E4944584107.

Información General	
Número de folio: 4661135267664184615	Razón Social: COMISION ESTATAL DE AGUA POTABLE Y ALCANTARILLADO
Número de lote: 266920909	
RFC del patrón: CEA840220R35	Fecha y hora de recepción del lote: 2020-03-04 15:26
Registro Patronal: E4944584107	Serial del certificado: 00000100000207967555

Huella Digital
22420d5ab49668c8e71488e15b3c0f2e9ee7146f

Movimientos recibidos por el IMSS				Operados				Rechazados			
Bajas	Modif.	Reing.	Total	Bajas	Modif.	Reing.	Total	Bajas	Modif.	Reing.	Total
0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0

Relación de movimientos operados									
Tipo	NSS	Nombre Asegurado	Sal. Base	Ext.	UMF	Tipo	Fec-Mov	Tipo	C. Baja
8			\$ 744.64	0	000	0	03/03/2020	1	0

Sello Digital:  
 BD1CD391D682B4D3BE944F56C423E5BCA4B321F0D39A7ABC3B91046BB7C7B800DF7BF24BE81906AA32EE451C0FA5FDED2F905692D52F6A621347DEC2D64BD895 | 480876863



Procedimiento:		
<b>Altas de personal</b>		
Unidad responsable: <b>Dirección Administrativa</b> - Departamento de Contabilidad	Macroproceso: <b>CEAPAS</b>	
Proceso de apoyo: <b>Administración de personal</b>	Subproceso: <b>Administración de personal</b>	
Fecha vigencia: <b>01/06/2020</b>	Código: <b>PDA-01</b>	Revisión: <b>01</b>



Para efectos de lo anterior se entenderá por: Modif. (Modificación de salario), Reing. (Reingreso), Fec-Mov (Fecha de movimiento), NSS (Número de Seguridad Social), Sal. Base (Salario base), Tipo Sal. (Tipo de salario) que puede ser: 0. Salario Fijo, 1. Salario Variable, 2. Salario Mixto, Tipo Trab. (Tipo de trabajador), que puede ser: 1. Permanente, 2. Eventual urbano, 3. Eventual de la construcción, 4. Eventual del campo, Ext. (Extemporáneo), UMF (Unidad de Medicina Familiar), Tipo Mov. (Tipo de movimiento), que puede ser: 1. Alta, 2. Baja, 7. Modificación de salario, 8. Reingreso, C. Baja (Causa de baja), que puede ser: 0 - No aplica, 1 - Término del contrato, 2 - Separación voluntaria, 3 - Abandono de empleo, 4 - Defunción, 5 - Clausura, 6 - Otra, 7 - Ausentismo, 8 - Rescisión de contrato, 9 - Jubilación, A - Pensión.

Sello Digital:

BD1CD391D682B4D3BE944F56C423E5BCA4B321F0D39A7ABC3B91046BB7C7B800DF7BF24BE81906AA32EE451C0FA5FDED2F905692D52F6A621347DEC2D64BD895 | 480876863



Contacto:  
Reforma 476, Col. Juárez  
C.P. 06600, Del. Cuauhtémoc  
Ciudad de México  
Tel. 01 800 6232323



Procedimiento: <b>Altas de personal</b>		
Unidad responsable: <b>Dirección Administrativa</b> - Departamento de Contabilidad	Macroproceso: <b>CEAPAS</b>	
Proceso de apoyo: <b>Administración de personal</b>	Subproceso: <b>Administración de personal</b>	
Fecha vigencia: <b>01/06/2020</b>	Código: <b>PDA-01</b>	Revisión: <b>01</b>

*Formato para seguro de vida*

**seguros ARGOS**

**CONSENTIMIENTO SEGURO DE VIDA GRUPO TEMPORAL A UN AÑO RENOVABLE**

Para facilitar los trámites de esta solicitud le pedimos que sea llenada con letra de molde y tinta. No será válida si presenta tachaduras o si para algunos de los datos se utilizó el lápiz.

Por el presente otorgo mi consentimiento para ser asegurado en la póliza de Seguro de Vida Grupo que el Contratante ha tomado con Seguros Argos, S.A. de C.V.

**DATOS DEL CONTRATANTE**

Denominación o Razón Social: Giro Mercantil, Actividad u Objeto Social  
 COMISION EJECUTIVA DE ATENCION A PARTICULARES Y ALCANTARILLADO DE SINALOA  
 País de Origen: Nacionalidad: RFC con Homoclave / N° Identificación Fiscal:

**DOMICILIO PARTICULAR**

Calle, Avenida o Vía: Número (Interior y Exterior): Colonia o Urbanización: Ciudad o Población:  
SEÑAL G. IDENTIFICADORA CENTRO DILACIONES  
 Delegación, Municipio o Demarcación Política: Entidad Federativa: Estado: Código Postal:  
CULIACAN SINALOA SINALOA 80000  
 Correo Electrónico: Teléfono Particular: Fecha de Constitución: Folio Mercantil:

**DATOS DE LA PÓLIZA**

Inicio de Vigencia: Fin de Vigencia:  
 Número de Póliza: Fecha de Ingreso a la Empresa: Alta Solicitada a partir del: Subgrupo No.  
 DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO  
 Inicio de Vigencia: Inicio de Vigencia:

Adscripción: No. de Certificado: Regla para Determinar la Suma Asegurada:

**DATOS DEL ASEGURADO**

Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombre (s)  
ESPINOZA LOPEZ FELIX  
 Fecha de Nacimiento: Género: Estado Civil:  
 DÍA MES AÑO Femenino Masculino Soltero (a) Casado (a)  
 R.F.C. con Homoclave: CURP: País de Nacimiento: Nacionalidad:

Firma Electrónica Avanzada: No. de Certificado:

Ocupación Actual: Puesto: Sueldo Mensual:

¿En qué consisten sus labores?:  
 Coberturas:

**DOMICILIO PARTICULAR**

Calle, Avenida o Vía: Número (Interior y Exterior): Colonia o Urbanización:  
 Ciudad o Población: Delegación, Municipio o Demarcación Política: Entidad Federativa:  
 Estado: Código Postal: Correo Electrónico: Teléfono Particular:

**FAMILIARES CUBIERTOS POR LA COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS (en caso de tenerla contratada):**

El Asegurado declara que el domicilio del beneficiario designado es el mismo que él ha señalado para sí mismo

Nombre (s): Apellido Paterno: Apellido Materno: Parentesco: % Participación:  
 Fecha de Nacimiento: Calle, Avenida o Vía y Número (Interior, Exterior): Colonia o Urbanización:  
 DÍA MES AÑO Ciudad o Población: Delegación, Mpio. o Demarcación Política: Entidad Federativa: Estado: Código Postal:

\* Si requiere asignar más de un Beneficiario deberá anexar el formato de DATOS PERSONALES DE BENEFICIARIOS.

**DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS**

Advertencias: En 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.

Los menores de edad que no tienen tutores, albaceas, representantes de menores u otros cargos similares y no consideraran al contrato de seguro como un instrumento adecuado para tales designaciones, La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la mayoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo 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.

El Asegurado declara que el domicilio del beneficiario designado es el mismo que él ha señalado para sí mismo

Nombre (s): Apellido Paterno: Apellido Materno: Parentesco: % Participación:  
 Fecha de Nacimiento: Calle, Avenida o Vía y Número (Interior, Exterior): Colonia o Urbanización:  
 DÍA MES AÑO Ciudad o Población: Delegación, Mpio. o Demarcación Política: Entidad Federativa: Estado: Código Postal:

\* Si requiere asignar más de un Beneficiario deberá anexar el formato de DATOS PERSONALES DE BENEFICIARIOS.

**OBSERVACIONES**

El Asegurado manifiesta bajo protesta de decir la verdad, que goza de buena salud ya que no se le ha diagnosticado enfermedad alguna o se ha invalidado.

El Contratante igualmente declara que el Asegurado aparenta buena salud y que no se le ha sido otorgado o se encuentra en proceso de otorgar ningún tipo de invalidez.

**AUTOCERTIFICACIÓN**

Declaro BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD que la información manifestada a SEGUROS ARGOS S.A. DE C.V. es real y cierta, obligándome a notificar de manera inmediata cualquier cambio de circunstancias o corrección respecto de mis datos.

**AVISO DE PRIVACIDAD**

He leído el aviso de privacidad adjunto a este formato. Para mayor información consulte la página web [www.segurosargos.com](http://www.segurosargos.com)

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

De conformidad con lo dispuesto por los artículos 6, 7, 10 y demás relativos y aplicables de la Ley Federal de Datos Personales, así como el artículo 16 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales, en su caso, autorizo a SEGUROS ARGOS S.A. DE C.V. para el tratamiento y transferencia de los Datos Personales, incluyendo aquellos, en su caso, considerados como sensibles, que le he proporcionado para efectos de su cobertura en el presente documento. Asimismo, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 16, 18, 17, 18 y demás relativos y aplicables de la citada Ley Federal de Protección de Datos Personales en Protección de Particulares, reconozco y manifiesto que Seguros Argos, S.A. de C.V. ha puesto a disposición del(a) interesado(a) y/o al Titular de los Datos Personales referidos en este documento, su Política y Aviso de Privacidad, visible en su página web [www.segurosargos.com](http://www.segurosargos.com), y quedo enterado(a) que las modificaciones que se realicen a estos datos personales de privacidad estarán disponibles en dicha página web.

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_  
 Firma del Representante Legal del Contratante: \_\_\_\_\_  
 Firma del Asegurado: \_\_\_\_\_

Torreón 412 Cda. Eje. Independencia de Guadalupe Chimalistlán, Coah. Av. Obregón, C.P. 01050, Ciudad de México  
 Ciudad de México y Área Metropolitana + 562 1608 - Interior de la República 01 800 255 2620 • [www.segurosargos.com](http://www.segurosargos.com)



Procedimiento: <b>Altas de personal</b>		
Unidad responsable: <b>Dirección Administrativa</b> - Departamento de Contabilidad	Macroproceso: <b>CEAPAS</b>	
Proceso de apoyo: <b>Administración de personal</b>		Subproceso: <b>Administración de personal</b>
Fecha vigencia: <b>01/06/2020</b>	Código: <b>PDA-01</b>	Revisión: <b>01</b>

**seguros ARGOS**

**CONSENTIMIENTO SEGURO DE VIDA GRUPO TEMPORAL A UN AÑO RENOVABLE**  
Para facilitar los trámites de esta solicitud le pedimos que sea llenada con letra de molde y tinta. No será válida si presenta tachaduras o si falta alguno de los datos solicitados.

Por el presente otorgo mi consentimiento para ser asegurado en la póliza de Seguro de Vida Grupo que el Contratante ha tomado con Seguros Argos, S.A. de C.V.

**DATOS DEL CONTRATANTE**

Denominación o Razón Social: **COMISION ESTATAL DE AGUAS POTABLES Y ALCANTARILLADO DE SINALOA** Giro Mercantil, Actividad u Objeto Social

Pais de Origen: **SINALOA** Nacionalidad: **MEXICANA** RFC con Homoclave / N° Identificación Fiscal: **XXXXXXXXXX**

**DOMICILIO PARTICULAR**

Calle, Avenida o Vía: **JESUS G. ANDRADE** Número (Interior y Exterior): **58** Colonia o Urbanización: **CENTRO** Ciudad o Población: **CULIACAN**

Delegación, Municipio o Demarcación Política: **CULIACAN** Entidad Federativa: **SINALOA** Estado: **SINALOA** Código Postal: **80000**

Correo Electrónico: **XXXXXXXXXX** Teléfono Particular: **XXXXXXXXXX** Fecha de Constitución: **XXXXXXXXXX** Folio Mercantil: **XXXXXXXXXX**

**DATOS DE LA PÓLIZA**

Número de Póliza: **XXXXXXXXXX** Inicio de Vigencia: **XXXXXXXXXX** Fin de Vigencia: **XXXXXXXXXX**

Fecha de Ingreso a la Empresa: **XXXXXXXXXX** Alta Solicitada a partir del: **XXXXXXXXXX** Subgrupo No.: **XXXXXXXXXX**

DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO

Inicio de Vigencia: **XXXXXXXXXX** Inicio de Vigencia: **XXXXXXXXXX**

Adscripción: **XXXXXXXXXX** No. de Certificado: **XXXXXXXXXX** Regla para Determinar la Suma Asegurada: **XXXXXXXXXX**

**DATOS DEL ASEGURADO**

Apellido Paterno: **XXXXXXXXXX** Apellido Materno: **LOPEZ** Nombre (s): **FELIX**

Fecha de Nacimiento: **DÍA MES AÑO** Género: **Femenino Masculino** Estado Civil: **Soltero (a) Casado (a)**

R.F.C. con Homoclave: **XXXXXXXXXX** CURP: **XXXXXXXXXX** País de Nacimiento: **MEXICO** Nacionalidad: **MEXICANA**

Firma Electrónica Avanzada: **XXXXXXXXXX** No. de Certificado: **XXXXXXXXXX**

Ocupación Actual: **XXXXXXXXXX** Puesto: **XXXXXXXXXX** Sueldo Mensual: **XXXXXXXXXX**

¿En qué consisten sus labores? **XXXXXXXXXX**

Coberturas: **XXXXXXXXXX**

**DOMICILIO PARTICULAR**

Calle, Avenida o Vía: **XXXXXXXXXX** Número (Interior y Exterior): **XXXXXXXXXX** Colonia o Urbanización: **XXXXXXXXXX**

Ciudad o Población: **XXXXXXXXXX** Delegación, Municipio o Demarcación Política: **XXXXXXXXXX** Entidad Federativa: **XXXXXXXXXX**

Estado: **XXXXXXXXXX** Código Postal: **XXXXXXXXXX** Correo Electrónico: **XXXXXXXXXX** Teléfono Particular: **XXXXXXXXXX**

**FAMILIARES CUBIERTOS POR LA COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS (en caso de tenerla contratada):**

El Asegurado declara que el domicilio del beneficiario designado es el mismo que el ha señalado para sí mismo

Nombre (s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Parentesco	% Participación
<b>XXXXXXXXXX</b>	<b>XXXXXXXXXX</b>	<b>XXXXXXXXXX</b>	<b>XXXXXXXXXX</b>	<b>XXXXXXXXXX</b>

Fecha de Nacimiento: **DÍA MES AÑO** Calle, Avenida o Vía y Número (Interior, Exterior): **XXXXXXXXXX** Colonia o Urbanización: **XXXXXXXXXX**

Ciudad o Población: **XXXXXXXXXX** Delegación, Mpio. o Demarcación Política: **XXXXXXXXXX** Entidad Federativa: **XXXXXXXXXX** Estado: **XXXXXXXXXX** Código Postal: **XXXXXXXXXX**

\* Si requiere asignar más de un Beneficiario deberá anexar el formato de DATOS PERSONALES DE BENEFICIARIOS.

**DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS**

**Advertencias:** En 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. Superior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deban designarse tutores, albaceas, representantes de menores u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como un 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 nombre beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo 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.

El Asegurado declara que el domicilio del beneficiario designado es el mismo que el ha señalado para sí mismo

**NO CUBIERTOS POR LA COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS**

Nombre (s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Parentesco	% Participación
<b>XXXXXXXXXX</b>	<b>XXXXXXXXXX</b>	<b>XXXXXXXXXX</b>	<b>XXXXXXXXXX</b>	<b>XXXXXXXXXX</b>

Fecha de Nacimiento: **DÍA MES AÑO** Calle, Avenida o Vía y Número (Interior, Exterior): **XXXXXXXXXX** Colonia o Urbanización: **XXXXXXXXXX**

Ciudad o Población: **XXXXXXXXXX** Delegación, Mpio. o Demarcación Política: **XXXXXXXXXX** Entidad Federativa: **XXXXXXXXXX** Estado: **XXXXXXXXXX** Código Postal: **XXXXXXXXXX**

\* Si requiere asignar más de un Beneficiario deberá anexar el formato de DATOS PERSONALES DE BENEFICIARIOS.

**OBSERVACIONES**

El Asegurado manifiesta bajo protesta de decir la verdad, que goza de buena salud ya que no se le ha diagnosticado enfermedad alguna o se ha invalidado.

El Contratante igualmente declara que el Asegurado aparenta buena salud y que no se le ha sido otorgado o se encuentra en proceso de otorgar ningún tipo de invalidez.

**AUTOCERTIFICACIÓN**

Declaro BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD que la información manifestada a SEGUROS ARGOS S.A. DE C.V. es real y cierta, obligándome a notificar de manera inmediata cualquier cambio de circunstancias o corrección respecto de mis datos.

**AVISO DE PRIVACIDAD**

He leído el aviso de privacidad adjunto a este formato. Para mayor información consulte la página web [www.segurosargos.com](http://www.segurosargos.com)

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

De conformidad con lo dispuesto por los artículos 6, 8, 10 y demás relativos y aplicables de la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de Particulares, el/la suscritor(a) solicitante, otorgo mi consentimiento a Seguros Argos, S.A. de C.V. para el tratamiento y transferencia de los Datos Personales, incluyendo aquellos, en su caso, considerados como sensibles, que le he proporcionado para efectos de su captura en el presente documento. Asimismo, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 10, 16, 17, 18 y demás relativos y aplicables de la citada Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, reconozco y manifiesto que Seguros Argos, S.A. de C.V. ha puesto a disposición del/la suscritor(a) y/o el/la titular de los Datos Personales referidos en este documento, su Política y Aviso de Privacidad, visible en su página web [www.segurosargos.com](http://www.segurosargos.com); y quedo enterado(a) que las modificaciones que se lleguen a realizar a los citados documentos de privacidad estarán disponibles en dicha página web.

Lugar y Fecha: **XXXXXXXXXX**

Firma del Representante Legal del Contratante: **XXXXXXXXXX** Firma del Asegurado: **XXXXXXXXXX**

Tecoyotitla 412 Col. Ex-Hacienda de Cuauhtémoc Chimaltepec, Del. Álvaro Obregón, C.P. 01090, Ciudad de México  
Ciudad de México y Área Metropolitana 1200 1800 - Interior de la República 01 800 255 2920 - [www.segurosargos.com](http://www.segurosargos.com)