




FORMATOS DEL ÁREA DE RECURSOS HUMANOS

- **Contratación de personal DRH-001.**
- **Requerimientos de documentación para contratación DRH-002.**
- **Requerimiento de documentación para FM3 DRH-003.**
- **Requerimientos internos del personal DRH-004.**
- **Altas y Bajas en Seguro de Gastos Médicos Mayores.**
- **Aseguramiento en el Seguro de Separación Individual.**

 CIDE	CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA ECONÓMICAS, A. C. Coordinación de Administración y Finanzas	Dirección de Recursos Humanos
	CONTRATACIÓN /RENOVACIÓN /MODIFICACIÓN CONTRACTUAL	Vigencia 16 Septiembre de 2002

I. TIPO DE MOVIMIENTO

Contratación Personal Académico (Alta)	Renovación de Contrato o Sustitución de Investigador de Carrera		Modificación de Categoría Personal Académico	
Contratación Personal Administrativo (Alta)	Renovación de Contrato o Sustitución de (Investigador Asociado)		Modificación de Categoría Personal Administrativo	
Contratación por Honorarios	Renovación de Contrato o Sustitución de (Investigador Asistente)	XX	Modificación Salarial Personal Administrativo	
	Renovación de Contrato o Sustitución de (Personal Administrativo)		Modificación Salarial Personal Académico	

II. INFORMACIÓN GENERAL

Área solicitante / adscripción:				
Nombre de contratado / personal				
Grado académico				
Nacionalidad				
Colabora (rá) con:				
Sustituye a: (EN SU CASO)				
Fecha de vencimiento de Contrato		Duración del último Contrato		
Sueldo solicitado:		Fecha de ingreso		
Proyecto en que colabora(rá)				

III. TIPO DE CONTRATACIÓN

Nómina (Sueldos y salarios) →	Honorarios Simples →	Honorarios Asimilables a Salarios →
-------------------------------	----------------------	-------------------------------------

IV. TIEMPO DE CONTRATACIÓN

Indefinida →	Un año →	Seis Meses →	Tres meses →	Un mes →	No renovar →	Otro (Especifique) →
Especificar en caso de otro →						


V. CATEGORÍA Y NIVEL

Escriba categoría solicitada											
Marque "X" sobre nivel solicitado	CB	CA	1B	1A	2B	2A	3B	3A	4B	PA	AI

VI. OBSERVACIONES

DIRECCIÓN GENERAL	SECRETARÍA ACADÉMICA	SECRETARÍA GENERAL

DIRECTOR DE DIVISIÓN/ ÁREA	COORDINACIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS	DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

 CIDE	CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA ECONÓMICAS, A. C. Coordinación de Administración y Finanzas		Dirección de Recursos Humanos	
	REQUERIMIENTOS DE DOCUMENTACIÓN PARA CONTRATACIÓN		Vigencia 15 Julio de 2002	


Personal Académico		Personal Administrativo		Personal por Honorarios	
Nombre de contratado Name of contracted person					
Área que lo contrata Contracting Department				Fecha de Ingreso Starting date	

I. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA CONTRATACIÓN DE PERSONAL HABLA HISPANA		
Acta de Nacimiento (copia legible)		
Acta (s) de Nacimiento de hijos menores de 06 años (original y copia legible)		
Curriculum Vitae		
Documentos escolares (original y copia legible de certificados y títulos)		
Comprobante de domicilio (dos copias legibles de recibo de agua, luz o teléfono) recientes		
Identificación oficial (dos copias de credencial de elector ambos lados o pasaporte)		
Registro de AFORE (copia)		
Documentos de IMSS (Alta, baja o modificación salarial o credencial -copia-)		
Cartas de recomendación (2, dos)		
Constancia de no inhabilitación (Tramita DRH en SECODAM)		
Copia de R.F.C. y/o CURP		
Documentos para trabajar en México (Para extranjeros, FM2 o FM3)		

II. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA CONTRATACIÓN DE PERSONAL EXTRANJERO		
Birth Certificate (readable copy)		
Birth Certificates for each child under 6 (six) years old (original and readable copy)		
Resume (curriculum vitae)		
School certificates (original and readable copy)		
Address Verifying Document (two readable copies of water, electricity or telephone bill)		
Official identification (two readable copies of passport or migratory document)		
Register at the System of savings for the retirement (AFORE -copy if exists)		
Register at Mexican Social Security (IMSS -Up, down or salarial changes -copy-)		
Recommendation Letters (2, two)		
"Constancia de No Inhabilitación" (Document that gets Human Resources Office)		
Permission to be employed at Mexico (FM3 or FM2)		
Fiscal Identification Number		
Fiscal Address (Write please)		

III. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA CONTRATACIÓN DE PROFESORES EXTERNOS		
Acta de Nacimiento (copia legible)		
Comprobante de domicilio (dos copias legibles de recibo de agua, luz o teléfono)		
Curriculo Vitae		
Documentos escolares (original y copia legible de certificados y títulos)		
Cédula profesional (original y copia legible)		
Identificación oficial (dos copias de credencial de elector o pasaporte)		
Registro de personal CIDE debidamente llenado.		
Fotografías tamaño infantil (2, dos)		
Cartas de recomendación (2, dos)		
Constancia de no inhabilitación (Tramita DRH en SECODAM)		
Documentos para trabajar en México (Para extranjeros, FM2 o FM3)		
Cédula fiscal, R. F. C., (Original y copia legible)		
Semestre		
Programa		

Fecha, Nombre y Firma de quien recibe la documentación (Cuando se trata de área diferente a Recursos Humanos)	Fecha, Nombre y Firma de entregado por personal contratado

 CIDE	CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA ECONÓMICAS, A. C. Coordinación de Administración y Finanzas	Dirección de Recursos Humanos
	REQUERIMIENTOS DE DOCUMENTACIÓN PARA FM3	Vigencia 15 Julio de 2002

Personal Académico	Personal Administrativo	Personal por Honorarios
Nombre de contratado Name of contracted person		
Área que lo contrata Contracting Department		Fecha de Ingreso Starting date

I. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA TRAMITE DE PERMISO DE TRABAJO A PERSONAL EXTRANJERO (FM-3)


Acta de Nacimiento. Apostillada y traducida al español, en su caso. (Original)		
Pasaporte (Original)		
Titulos académicos apostillados y traducidos al español, en su caso (Originales)		
Acta de Nacimiento de Esposa. Apostillada y traducida al español (Originales)		
Acta de Nacimiento de Hijos. Apostillada y traducida al español (Originales)		
Acta de Matrimonio. Apostillada y traducida al español (Originales)		
Curriculum Vitae en español		
FM3 Si lo posee para tramitar cambio de empleador		
FMT (Visa de turista) Original para tramitar documento FM3		

II. REQUIRED DOCUMENTATION TO PROCESS THE WORK LICENSE FOR FOREIGNER PERSONNEL (FM-3)

Passport (Original)		
Certified Birth Certificate (Original and translated to Spanish by official translator)		
Official University Diploma (Original and translated to Spanish by official translator)		
Wife's Certified Birth Certificate (Original and translated to Spanish by official translator)		
Children's Certified Birth Certificates (Original and translated to Spanish by official translator)		
Certified Marriage Certificate (original and translated to Spanish by official translator)		
Resume in Spanish		
FM-3 (If held) in order to process the change in employer		
FMT (Tourist visa) in order to process FM-3		

III. OBSERVACIONES GENERALES

Fecha, Nombre y Firma de quien recibe la documentación (Cuando se trata de área diferente a Recursos Humanos)	Fecha, Nombre y Firma de entregado por personal contratado

 CIDE	CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA ECONÓMICAS, A. C. Coordinación de Administración y Finanzas	Dirección de Recursos Humanos
	REQUERIMIENTOS INTERNOS DEL PERSONAL	Vigencia 15 Julio de 2002

Personal Académico	Personal Administrativo	Personal por Honorarios
Nombre de contratado		
Área que lo contrata		Fecha de Ingreso

I. TIPO DE PERSONAL (Marque con "X" sobre el que corresponda)							
ACADÉMICO	ADMINISTRATIVO	HONORARIOS SIMPLES	HONORARIOS ASIMILABLES	SERVICIO SOCIAL	PROFESOR INVITADO	PROFESOR EXTERNO	OTRO
Especificar (en el caso de OTRO)							

II. INFORMÁTICA (Marque con "X" lo requerido)	Especifique (En su caso)
Cuenta de correo electrónico	
Computadora *	
Software especializado **	

III. BIBLIOTECA (Marque con "X" lo requerido)	Especifique (En su caso)
Servicios de Biblioteca ***	
Otro	

IV. RECURSOS HUMANOS (Marque con "X" lo requerido)	Especifique (En su caso)
Credencial	
Consumo de comedor	
Consumo sala de profesores	
Otro	

V. RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES (Marque con "X" lo requerido)	Especifique (En su caso)
Letrero de personalización (Indique nombre) →	
Escritorio	
Silla	
Sillas para visita (Indique número) →	
Librero	
Extensión telefónica	
Correo de voz	
Aparato telefónico	
Tarjetas para fotocopias	
Archivero	
Asignación de cubículo (Indique número) →	
Tarjetón para estacionamiento	
Otros	

VI. OBSERVACIONES GENERALES

Fecha, nombre y firma de quien otorga Vo. Bo. (Solicitante)	Fecha, Nombre y firma de enterado			
	D. Sistemas de Cómputo	D. Biblioteca y Servicios de Información	D. Recursos Humanos	D. Recursos Materiales y Servicios Generales

Significado de asteriscos		
* = Sujeto a disponibilidad	** = Sujeto a presupuesto	*** = Según tipo de Usuario

Consentimiento Individual para formar parte del Grupo o Colectivo de Gastos Médicos Mayores Línea Azul Hospitalaria, solicitado a Grupo Nacional Provincial, S.A., por la Colectividad a la que pertenezco, constituido con el personal activo de: Para facilitar los trámites de la solicitud, escriba con la letra de molde no omita ningún dato.		No. de Póliza
Nombre del Contratante o Razón Social		R.F.C.
Asegurado Principal		Fecha de Nacimiento día mes año

Certificado No.	Nombre Completo de los dependientes económicos				Sexo	Fecha de Nacimiento			Parentesco	Ocupación actual
	Apellido Paterno	Apellido Materno	1er. Nombre	2o. Nombre		Día	Mes	Año		

Domicilio (calle y número)		Colonia	Código Postal
Población	Edo.	Teléfono	Zona geo. A O B O C O
Nombre y Dirección de su médico de cabecera			Teléfono

¿Todos los dependientes económicos residen en el domicilio arriba citado? En caso negativo indicar nombre y domicilio del (los) dependientes económico(s)	si O no O	zona geo.

Información sobre el solicitante principal.		
Profesión u ocupación actual (considere deportes)	Fecha de ingreso a la empresa	¿ Tiene alguna otra ocupación ? ¿Cuál?
Tipo de actividad	Lugar donde la desempeña	

Nombre de tres personas que conozcan al solicitante y tengan teléfono

Nombre Completo	Calle y Número	Población y Edo.	Teléfono

DE INTERES PARA EL SOLICITANTE (DEBE LEERLO ANTES DE FIRMAR)

Se previene al Solicitante que conforme a la Ley sobre el Contrato de Seguro, debe declarar todos los hechos importantes a que se refiere este consentimiento, tal y como los conozca o deba conocer al momento de firmar, en la inteligencia de que la inexacta, falsa o no declaración de algún hecho importante que se le pregunte para la apreciación del riesgo, facultará a la Aseguradora a considerar rescindido de pleno derecho el contrato.

Enterado (a) de lo anterior y para efecto de esta solicitud de seguro, declaro estar dispuesto, si fuera necesario y si la Aseguradora lo estima conveniente, a que se me practique un examen médico por cuenta de ésta. Además, autorizo a los médicos o personas que me hayan examinado, a los hospitales o clínicas a los que haya ingresado para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad, para que proporcionen a Grupo Nacional Provincial, S.A., todos los informes que se refieran a mi salud, inclusive todos los datos de enfermedades anteriores; para tal efecto relevo a las personas arriba mencionadas del secreto profesional y estoy de acuerdo que será suficiente la presentación de una copia de este documento para que se proporcionen a la Aseguradora los datos mencionados. Esta última información puede ser requerida al momento de presentar mi solicitud de Seguro, o en cualquier momento en que la Aseguradora lo considere oportuno.

Declaro haber llenado de puño y letra con información verdadera los cuestionarios anexos correspondientes a todas las personas incluidas en este consentimiento.

Lugar y Fecha

Si el solicitante es menor de edad,
nombre y firma del padre o tutor

Nombre y Firma del Solicitante

Antes de entregar esta solicitud, verifique lo siguiente:

- 1) Haber requisitado totalmente la primera página de este formato.
- 2) Haber requisitado el cuestionario médico para Ud. y cada uno de sus dependientes económicos.
- 3) Haber firmado los espacios referentes a nombre y firma del solicitante y cuestionario médico.

Observaciones



CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA ECONÓMICAS, A.C.
DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS.

México, D.F., a de xxxx de xxxx de 2004.

LIC. MARLEN MORALES SÁNCHEZ
Directora de Recursos Humanos
P r e s e n t e.

Manifiesto voluntariamente mi interés de incorporarme al seguro de separación individualizado establecido en favor de los servidores públicos de mando y homólogo otorgado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Por lo anterior solicito a usted retener vía nómina el _____% de mi sueldo integrado bruto en el entendido de que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público aportará un monto equivalente al aportado a partir del xxxx de xxxxx del presente por quien suscribe.

Sin otro particular, le envío un cordial saludo.

Atentamente,

XXXXX