



AVISO DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO: HIR COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. de C.V., en lo sucesivo "HIR Seguros", en términos de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, pone a su disposición el Aviso de Privacidad a que se refiere la mencionada ley, el cual también se encuentra en nuestras oficinas ubicadas en Hermes 28, Colonia Crédito Constructor, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03940, Ciudad de México, en nuestras oficinas y módulos en el interior de la República o, bien, para ser consultado en cualquier momento en la página de internet www.hirseguros.mx. Por lo anterior, consiente que sus datos personales, patrimoniales o financieros y sensibles, en caso de que estos últimos se recaben, sean tratados conforme a los términos y condiciones de dicho aviso de privacidad.

TRATAMIENTO DE SUS DATOS PERSONALES PARA FINALIDADES SECUNDARIAS. La información personal no pública entregada a "HIR Seguros", es tratada con la debida confidencialidad y no será tratada para finalidades secundarias.

TRANSFERENCIA DE DATOS PERSONALES. La información personal no pública entregada a "HIR Seguros", es tratada con la debida confidencialidad y no será vendida o cedida a terceros. En caso de realizarse alguna transferencia que requiere su consentimiento expreso, se le solicitará.

Por este conducto, solicito(amos) a HIR Compañía de Seguros, S.A. de C.V., el pago de la suma asegurada que me(nos) corresponde en estricto a las leyes en Materia y Contrato de Seguros (póliza) con motivo del siniestro ocurrido.

INSTRUCCIONES:

1. Este formato debe llenarse con letra molde.
2. No dejar preguntas sin contestar.
3. No será válido si presenta tachaduras y/o enmendaduras.

TIPO DE RECLAMACIÓN

Fallecimiento

Gastos funerarios

Muerte accidental

NOMBRE DEL CONTRATANTE

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MEXICO

No. de póliza: 24902001978

DATOS DEL ASEGURADO

HERNANDEZ PEREZ JORGE

Sexo: Masculino Femenino

Apellido paterno - materno - nombre(s)

Domicilio actual: Calle y No.: SAN GABRIEL 197 Col. o Pob.: PEDREGAL SANTA URSULA

Alc. o Mpio.: COYOACAN C.P.: 04600 Estado: CDMX

RFC: HEPJ671129884 CURP: HEPJ671129HDFRRR03

Fecha de nacimiento: 29/11/1967 Lugar de nacimiento: CDMX Nacionalidad: MEXICANA

Ocupación: TECNICO PENITENCIA Lugar donde trabaja: SISTEMA PENITENCIARIO Giro de la empresa: GOBIERNO

DATOS SOBRE EL FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA

Lugar del fallecimiento: CALLE 3 ALCANFORES MZ 248 Fecha: 07/07/2024 Hora: 07:30

Causas del fallecimiento:

INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO

Indique si el fallecimiento ocurrió en el domicilio particular, hospital u otro: DOMICILIO PARTICULAR

En caso de muerte violenta, indique qué autoridad tomó conocimiento del hecho:

DATOS DE BENEFICIARIOS

Beneficiario 1 HERNANDEZ HERNANDEZ PAULINO JUAN

Apellido paterno - materno - nombre(s)

Fecha de nacimiento: 22/06/1940 Nacionalidad: MEXICANA

RFC: HEHP400622J23 CURP: HEHP400622HPLRRL05

Domicilio actual: Calle y No.: CALLE 3 ALCANFORES M 248 A L 11 Col. o Pob.: LOMAS DE LA ERA

Alc. o Mpio.: ALVARO OBREGON C.P.: 01860 Estado: CDMX

Ocupación: JUBILADO Teléfono: 5526505388 Celular: 5513819453 E-mail: sxmary.topsecret@gmail.com

Mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta segundo grado, desempeñan funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, ha sido jefe de estado o de gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas estatales, funcionarios o miembro de partidos políticos. Si No

En caso afirmativo, describa el puesto: Parentesco o vínculo:

¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con alguna sociedad o asociación? Si No

Especifique:

--

¿Actúa en nombre y por cuenta propia? Sí No En caso negativo, mencione el nombre del tercero por el cual actúa: _____

Acto jurídico a través del cual obtuvo el mandato o representación: _____ Parentesco o vínculo: _____

¿Es accionista o socio de alguna sociedad o asociación? Sí No Nombre y porcentaje de participación: _____

Autorizo a HIR Compañía de Seguros, S.A. de C.V., realice el pago a través de:

Cheque Transferencia bancaria

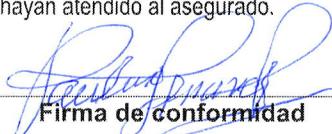
En caso de haber elegido la opción de transferencia bancaria, agradecemos anexar copia de su estado de cuenta (no mayor a 3 meses) para validar los siguientes datos:

No. de cuenta: 1108539138 Tipo de cuenta: DEBITO Institución bancaria: BBVA BANCOMER

CLABE: 012 180 011085391385

Al recibir de HIR Seguros el pago por el monto que proceda de esta reclamación por fallecimiento, de acuerdo con las condiciones de la póliza contratada, ya sea mediante transferencia electrónica, orden de pago o cheque, declaro que no me reservo ninguna acción legal ni ningún tipo pasada, presente o futura, por lo que extiendo el más amplio y eficaz finiquito que en derecho proceda.

NOTAS: se informa que la omisión inexacta o falsa declaración proporcionada en el presente aviso, releva de toda responsabilidad a HIR Compañía de Seguros. En este acto, autorizo a HIR Compañía de Seguros o HIR Seguros para que, en caso de que así lo decida, esa aseguradora solicite, requiera y obtenga de los médicos, hospitales, sanatorios, clínicas, laboratorios, gabinetes y/o establecimientos que me hayan atendido, toda la información completa sobre el diagnóstico, pronóstico, evolución y tratamiento, así como el expediente y/o resumen clínico y/o reportes y/o cualquier otro documento sobre los padecimientos que hayan atendido al asegurado.



CDMX A 02/01/2025

Firma de conformidad

Lugar y fecha

Beneficiario 2 Apellido paterno - materno - nombre(s)

Fecha de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____

RFC: _____ CURP: _____

Domicilio actual: Calle y No.: _____ Col. o Pob.: _____

Alc. o Mpio.: _____ C.P.: _____ Estado: _____

Ocupación: _____ Teléfono: _____ Celular: _____ E-mail: _____

Mencione si usted, su cónyuge o parente colateral hasta segundo grado, desempeñan funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, ha sido jefe de estado o de gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas estatales, funcionarios o miembro de partidos políticos. Sí No

En caso afirmativo, describa el puesto: _____ Parentesco o vínculo: _____

¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con alguna sociedad o asociación? Sí No

Especifique:

¿Actúa en nombre y por cuenta propia? Sí No En caso negativo, mencione el nombre del tercero por el cual actúa: _____

Acto jurídico a través del cual obtuvo el mandato o representación: _____ Parentesco o vínculo: _____

¿Es accionista o socio de alguna sociedad o asociación? Sí No Nombre y porcentaje de participación: _____

Autorizo a HIR Compañía de Seguros, S.A. de C.V., realice el pago a través de:

Cheque Transferencia bancaria

En caso de haber elegido la opción de transferencia bancaria, agradecemos anexar copia de su estado de cuenta (no mayor a 3 meses) para validar los siguientes datos:

No. de cuenta: _____ Tipo de cuenta: DEBITO Institución bancaria: _____

CLABE: _____

Al recibir de HIR Seguros el pago por el monto que proceda de esta reclamación por fallecimiento, de acuerdo con las condiciones de la póliza contratada, ya sea mediante transferencia electrónica, orden de pago o cheque, declaro que no me reservo ninguna acción legal ni ningún tipo pasada, presente o futura, por lo que extiendo el más amplio y eficaz finiquito que en derecho proceda.

NOTAS: se informa que la omisión inexacta o falsa declaración proporcionada en el presente aviso, releva de toda responsabilidad a HIR Compañía de Seguros. En este acto, autorizo a HIR Compañía de Seguros o HIR Seguros para que, en caso de que así lo decida, esa aseguradora solicite, requiera y obtenga de los médicos, hospitales, sanatorios, clínicas, laboratorios, gabinetes y/o establecimientos que me hayan atendido, toda la información completa sobre el diagnóstico, pronóstico, evolución y tratamiento, así como el expediente y/o resumen clínico y/o reportes y/o cualquier otro documento sobre los padecimientos que hayan atendido al asegurado.

Firma de conformidad

Lugar y fecha



CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO Y DESIGNACION DE BENEFICIARIOS
DEL SEGURO CONTRATADO POR EL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL A FAVOR DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS

Folio: 243477-01101998

concubina esta de viaje

México, D.F., a 25 de Mayo de 2011

DATOS QUE DEBE LLENAR EL ASEGURADO

JORGE

HERNANDEZ

PEREZ

NOMBRE(S) DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NÚM. DE EMPLEADO

243477

RFC HEPJ671129HDFRR03

CURP HEPJ671129HDFRR03

SEXO DEL ASEGURADO

M

NÚMERO DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA

0142

SUBSECRETARIA DEL SISTEMA PENITENCIARIO

DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA

DATOS QUE DEBERÁN LLENARSE POR LOS BENEFICIARIOS AL MOMENTO DEL SINIESTRO

Expresamente otorgo a _____ mi consentimiento para ser asegurado durante la
(nombre de la aseguradora al momento del siniestro)

el ejercicio del correspondiente contrato de seguro así como el de aquellos que en un futuro llegue a concertar en favor del contratante de ésta póliza y para aquellos beneficio(s) adicional(es) o incremento(s) de suma asegurada que se concerte(n) a mi favor.

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS: Para el caso en que sea una persona distinta del propio asegurado, así como para aquellos que en el futuro se concerte(n) en su favor, incluyendo la(s) contratación(es) de beneficio adicional(es) o incremento(s) de suma asegurada.

Se recomienda al asegurado que haga su designación en forma sencilla anotando el nombre completo de cada uno de los 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.

Lo anterior es por que las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representante de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de los menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra como beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo tendría una obligación moral pues la designación que hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

DATOS QUE DEBERÁ REQUISITAR EL ASEGURADO (DESIGNACION DE BENEFICIARIOS)

NOMBRE COMPLETO

PARENTESCO

PORCENTAJE

PAULINO JUAN HERNANDEZ HERNANDEZ

PADRE

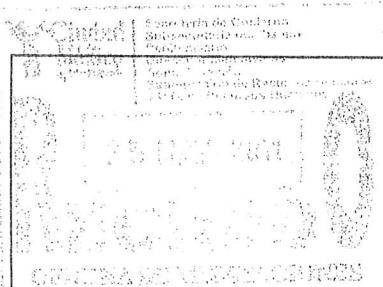
15.00

JUSI GALINDO VIRGILIO

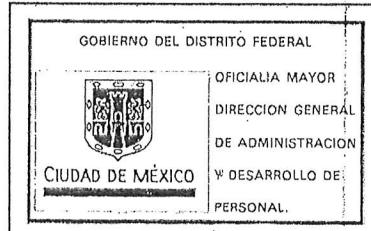
CONCUBINO (A)

85.00

LA ASEGURADORA: 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.

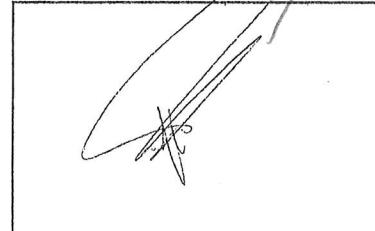


SELLO DE RECEPCIÓN DE LA DEPENDENCIA
DE ADSCRIPCIÓN DEL ASEGURADO.



SELLO DE VALIDACIÓN DE LA DIRECCIÓN GENERAL
DE ADMINISTRACIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAL

24-May-2011 16:53:20



FIRMA O HUELLA DIGITAL
DEL ASEGURADO

MjQzNDc3EhFUEo2NzExMj4OD8SEVOSjY3MTEyOUHRIJSU
AzfEpPUkfFhFUK5BTkRFWnxQRVJFWg==

UNIDAD ADMINISTRATIVA

Recibí Copia
Jorge Hdez Perez
12/Octubre/2011

EN LA CIUDAD DE MÉXICO A LOS SIETE DÍAS DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO DOS MIL VEINTICUATRO, LA MAESTRA MARÍA ADRIANA SUÁREZ LINARES, DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL DE LA SECRETARÍA DE SEGURIDAD CIUDADANA DE LA CIUDAD DE MÉXICO, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO POR LOS ARTÍCULOS 20 FRACCIÓN XI, DE LA LEY ORGÁNICA DEL PODER EJECUTIVO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO, 41 FRACCIÓN XVI DEL REGLAMENTO INTERIOR DEL PODER EJECUTIVO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO, 17 FRACCIÓN XII Y 59, AMBOS DEL REGLAMENTO INTERIOR DE LA SECRETARÍA DE SEGURIDAD CIUDADANA DE LA CIUDAD DE MÉXICO. -----

-----CERTIFICA-----

QUE LA PRESENTE COPIA CONSTANTE DE UNA FOJA ÚTIL, CORRESPONDE AL ÚLTIMO FORMATO DE CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO Y DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO CONTRATADO POR EL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO A FAVOR DEL C. HERNANDEZ PEREZ JORGE, QUE OBRA EN LOS ARCHIVOS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL DE LA SECRETARÍA DE SEGURIDAD CIUDADANA DE LA CIUDAD DE MÉXICO, MISMO QUE CONCUERDA FIELMENTE CON SU ORIGINAL, QUE SE EXPIDE PARA LOS EFECTOS LEGALES A QUE HAYA LUGAR.-----

-----DOY FE-----

LA DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL



MTRA. MARÍA ADRIANA SUÁREZ LINARES

DIRECCIÓN GENERAL DE
ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN

SECRETARÍA DE SEGURIDAD CIUDADANA
OFICIALIA MAYOR
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES Y POLÍTICA LABORAL
SUBDIRECCIÓN DE PRESTACIONES Y CUMPLIMIENTOS



4605

Ciudad de México, a 18 de octubre de 2024

Oficio No. SSC/OM/DGAP/DPPL/SPC 15290 2024

Asunto: Validación del Seguro de Vida Institucional.

C. PAULINO JUAN HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ
P R E S E N T E

De conformidad con las facultades y atribuciones conferidas en los artículos 2 y 16, fracción XVI de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo y de la Administración Pública de la Ciudad de México y 42, fracción X del Reglamento de la Ley Orgánica de la Secretaría de Seguridad Pública del Distrito Federal y derivado del análisis y seguimiento del trámite del pago correspondiente al Seguro de Vida Institucional de la persona asegurada **HERNÁNDEZ PÉREZ JORGE** hago de su conocimiento que:

En su calidad de beneficiario al 15% designado en el documento denominado "Consentimiento para ser Asegurado y Designación de Beneficiarios del Seguro de Vida Contratado por el Gobierno del Distrito Federal en favor de los Servidores Públicos", deberá presentarse en el Módulo de Hir Compañía de Seguros S.A. de C.V., Aseguradora encargada de dar continuidad para el pago correspondiente; en Avenida Fray Servando Teresa de Mier número 77 Planta Baja, Colonia Obrera, Código postal 06800, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, de lunes a viernes en un horario de 09:00 a 17:00 con la siguiente documentación:

- Copia Certificada del Acta de Defunción.
- Copia Certificada del Acta de Nacimiento del finado.
- Copia simple de la Identificación Oficial del finado.
- Copia simple de la Clave Única de Registro de Población (CURP) del finado.
- Copia Certificada de la Última Designación de Beneficiarios del Seguro de Vida Institucional (Validada).
- Copia Certificada de la Constancia de Movimiento de Personal (Baja por Defunción).
- Copia Simple de los Últimos Tres Recibos de Pago.
- Copia Certificada del Acta de Nacimiento del Beneficiario.
- Copia simple de la Identificación Oficial del Beneficiario.
- Copia simple de la Clave Única de Registro de Población (CURP) del Beneficiario.
- Copia simple de la Constancia de Situación Fiscal.

Adicionalmente le será solicitado por la Aseguradora, copia de un comprobante de domicilio y Estado de Cuenta bancario donde se incluya la cuenta CLABE, ambos con antigüedad no mayor a tres meses.

Aprovecho la ocasión, para enviarle un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E

C.P. FRANCISCO JARAMILLO ARROYO
SUBDIRECTOR DE PRESTACIONES Y CUMPLIMIENTOS



Subdirección de Prestaciones
y Cumplimientos

De conformidad con los artículos 6 apartado A fracción II de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2 fracción III, 3, 9, 23 y 31 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México (LPDPPSOCDMX), los Sujetos Obligados deben garantizar la confidencialidad e integridad de los datos personales que posean, con la finalidad de preservar el pleno ejercicio de los derechos tutelados de sus titulares, frente a su uso, sustracción, divulgación, ocultamiento, alteración, mutilación, destrucción o utilización total o parcial no autorizado. Por lo que el indebido uso por parte de las personas servidoras públicas respecto de los datos personales que con motivo de su empleo, cargo o comisión tengan bajo custodia, será causa de sanción por incumplimiento a las obligaciones de la LPDPPSOCDMX previstas en su artículo 127 fracciones III y VI. Se hace constar que el presente documento ha sido elaborado conforme a las disposiciones jurídicas y administrativas aplicables, así como los soportes documentales que fueron proporcionados por las áreas correspondientes y realizados por los servidores públicos, cuyas iniciales y rúbricas se insertan a continuación.

[Firma]

D. Francisco Jaramillo Arroyo

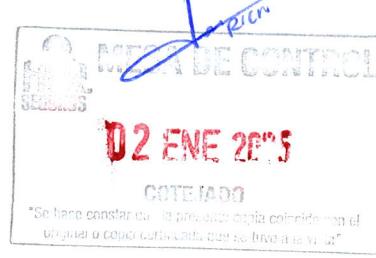
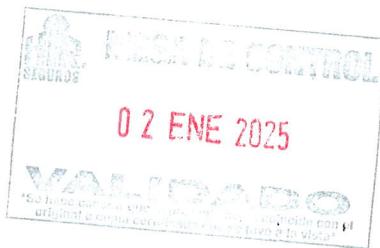
[Firma]

Revisó
GPF

[Firma]

Archibó
MAQ

Avenida Arcos de Belén número 79, Colonia Centro,
Alcaldía Cuauhtémoc, C. P. 06000, Ciudad de México
Tel. 5242 5100 ext 7704





SEGOB
Secretaría de Gobernación

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
CONSTANCIA DE LA CLAVE ÚNICA
DE REGISTRO DE POBLACIÓN

DIRECCIÓN GENERAL DEL
REGISTRO NACIONAL DE POBLACIÓN
E IDENTIDAD



Clave:

HEPJ671129HDFRRR03



Nombre

JORGE HERNANDEZ PEREZ

Soy México

Fecha de inscripción

22/09/1999

Folio

40408364

Entidad de registro

DISTRITO FEDERAL



109014196800339

CURP Certificada: verificada con el Registro Civil

JORGE HERNANDEZ PEREZ

PRESENTE

Ciudad de México, a 23 de abril de 2023

El derecho a la identidad está consagrado en nuestra Constitución. En la Secretaría de Gobernación trabajamos todos los días para garantizar que las y los mexicanos gocen de este derecho plenamente; y de esta forma puedan acceder de manera más sencilla a trámites y servicios.

Nuestro objetivo es que el uso y adopción de la Clave Única de Registro de Población (CURP) permita a la población tener una sola llave de acceso a servicios gubernamentales, ser atendida rápidamente y poder realizar trámites desde cualquier computadora con acceso a internet dentro o fuera del país.

Nuestro compromiso es que la identidad de cada persona esté protegida y segura, por ello contamos con los máximos estándares para la protección de los datos personales. En este marco, es importante que verifiques que la información contenida en la constancia anexa sea correcta para contribuir a la construcción de un registro fiel y confiable de la identidad de la población.

Agradezco tu participación.

LIC. ADÁN AUGUSTO LÓPEZ HERNÁNDEZ

SECRETARIO DE GOBERNACIÓN



Estamos a sus órdenes para cualquier aclaración o duda sobre la conformación de su clave en **TELCURP**, marcando el 800 911 11 11

La impresión de la constancia CURP en papel bond, a color o blanco y negro, es válida y debe ser aceptada para realizar todo trámite.

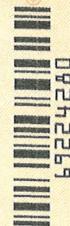
TRÁMITE GRATUITO

Los Datos Personales recabados, incorporados y tratados en la Base de Datos Nacional de la Clave Única de Registro de Población, son utilizados como elementos de apoyo en la función de la Secretaría de Gobernación, a través de la Dirección General del Registro Nacional de Población e Identidad en el registro y acreditación de la identidad de la población del país, y de los nacionales residentes en el extranjero; asignando y expediente la Clave Única de Registro de Población. Dicha Base de Datos, se encuentra registrada en el Sistema Persona del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales (<http://persona.ifai.org.mx/persona/welcome.do>). La transferencia de los Datos Personales y el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, deben realizarse conforme a la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados, y demás normatividad aplicable. Para ver la versión integral del aviso de privacidad ingresar a <https://renapo.gob.mx/>

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



Estados Unidos Mexicanos

Acta de Defunción

Identificador Electrónico
09015001420240047925

Clave Única de Registro de Población
HEPJ671129HDFRRR03

Nº de Certificado de Defunción de la SSA
220375311

Entidad de Registro
CIUDAD DE MEXICO
Municipio de Registro

Oficialia	Libro	Acta	Fecha de Registro
14	0	15927	08/07/2024

Datos de la Persona Fallecida:

JORGE

HERNANDEZ

PEREZ

Nombre(s):

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

HOMBRE

DESCONOCIDO

29/11/1967

Sexo:

Estado Civil:

Fecha de Nacimiento:

... CIUDAD DE MEXICO

CIUDAD DE MEXICO

MEXICANA

Lugar de Nacimiento:

Entidad de Registro de Nacimiento:

Nacionalidad:

Datos de la Defunción:

07/07/2024

07:30:00

CALLE 3 ALCANFORES MANZANA 248 A
LOTE 11, COLONIA LOMAS DE LA ERA
C.P.01860, ALVARO OBREGON, CIUDAD DE

INHUMACIÓN

Fecha:

Hora:

Lugar:

Destino del Cadáver:

INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO, CANCER HEPATOBILIAR CON METASTASIS

Causas de la Defunción:

Anotaciones Marginales:

Sin anotaciones marginales.

Certificación:

Se extiende la presente copia certificada, con fundamento en el artículo 48 de Código Civil para el Distrito Federal y artículo 13, fracción VII del Reglamento del Registro Civil del Distrito Federal. La Firma Electrónica con la que cuenta es vigente a la fecha de expedición; tiene validez jurídica y probatoria de acuerdo a las disposiciones legales en la materia.

A LOS 23 DÍAS DEL MES DE JULIO DE 2024. DOY FE.

Firma Electrónica:

SE VQ Sj Y3 MT Ey OU hE RI JS Uj Az IE pP Uk dF fE hF Uk 5B Tk RF Wn
xQ RV jF Wn wy MD kw MT UW MD E0 Mj Ay ND E1 OT I3 MH xN ID I5 Lz
Ex Lz E5 Nj d8 Q0 IV RE FE IE RF IE 1F WE ID T3 xu dW xs IG 51 bG wg bn

Código QR



Código de Verificación
20901500142024159270

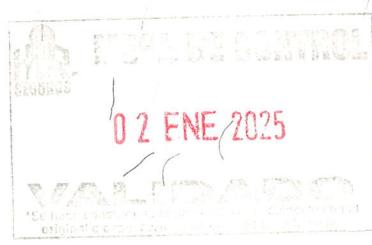
LIC. CRYSTEL GUADALUPE ARELLANO MORENO

Directora General Del Registro Civil

El contenido del acta puede ser verificado en la siguiente liga: <https://cevar.registercivil.gob.mx/eVAR/ConsultaFolio.jsp> capturando el Identificador Electrónico que se encuentra en la parte superior derecha del acta, para su consulta en dispositivos móviles, descarga una aplicación para lectura del código QR.

GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

6922480





**SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

FOLIO
220375311

1. NOMBRE DE LA (DEL) FALLECIDO			Jorge Hernandez Perez	Nombre (s)	Primer Apellido	Perez	Segundo Apellido	Persona desconocida
2. FECHA DE NACIMIENTO			29/11/1967	Día Mes Año	3. SEXO	Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 99	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO	Méjico
5. CURP			LIEPJ671129H0FRRR03			6. ¿SE LE RECONOCÍA COMO AFROMEXICANA/O?	Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?			Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	*Especifique:	9. NACIONALIDAD	Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Ignora <input type="radio"/> 99 Otra* <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	7. ¿SE CONSIDERABA INDÍGENA?	Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99
10. EDAD CUMPLIDA			Para menores de una hora Minutos	Para menores de un día Horas	Para menores de un mes Días	Para menores de 28 días de nacida/o anote:	11. SITUACIÓN CONYUGAL	Se ignora <input type="radio"/> 99
						10.1 Folio del Certificado de Nacimiento	Soltera/o <input type="radio"/> 1 En unión libre <input type="radio"/> 4 Casada/o <input type="radio"/> 5 Separada/o <input type="radio"/> 6 Divorciada/o <input type="radio"/> 3 Viuda/o <input type="radio"/> 2	
			Para menores de un año Meses	Para persona de un año o más Años cumplidos	56	10.2 Semanas de gestación	10.3 Peso al nacer (gramos)	
12. RESIDENCIA HABITUAL.			Calle 3 Alfonso			12.1 Tipo de vialidad	manzana 298	
Anote el domicilio permanente donde vivía la (el) fallecida/o			Colonia Lomas de la era			12.2 Nombre de la vialidad	A loto 11	
			Alvaro Obregón			12.3 Núm. Ext.	0118601	
			Ciudad de México			12.4 Núm. Int.		
12.5 Tipo de asentamiento humano			12.6 Nombre del asentamiento humano			12.7 Código Postal		
12.8 Localidad			12.9 Municipio o Alcaldía			12.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)		
13. ESCOLARIDAD			13.1 La escolaridad seleccionada es:			14. OCUPACIÓN HABITUAL	14.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria <input type="radio"/> 3 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Posgrado <input type="radio"/> 10			Completa <input checked="" type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2			14.2 Empleado	14.2 Seignora <input type="radio"/> 99	
Preescolar <input type="radio"/> 12 Secundaria <input type="radio"/> 5 Profesional <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99			15. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD			15.1 Número de seguridad social o afiliación	15.1 Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 10 ISSFAM <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99	
IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 Otra* <input type="radio"/> 8 *Especifique:			16. NOMBRE			17. PARENTESCO CON LA (EL) FALLECIDA/O	18. FIRMA DEL(A) INFORMANTE	
Marcela Hernandez Perez			Hermana					
Nombre(s)			Primer Apellido			19. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN	Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12	
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 7			19.1 Nombre de la unidad médica			Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99		
IMSS BIENESTAR <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 5 Otra unidad médica pública <input type="radio"/> 8			19.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)					
IMSS <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 6 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9			20. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN			20.1 Tipo de vialidad	20.2 Nombre de la vialidad	
Calle 3 Alfonso			Colonia Lomas de la era			20.3 Núm. Ext.	20.4 Núm. Int.	
20.5 Tipo de asentamiento humano			20.6 Nombre del asentamiento humano			20.7 Código Postal	20.8 Localidad	
Alvaro Obregón			Ciudad de México			20.9 Municipio o Alcaldía	20.10 Entidad federativa	
20.10 Ciudad de México			20.11			20.12		
21. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN			22. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?			23. ¿SE REALIZÓ UNA CIRUGÍA EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS?	24. ¿FUE DEFUNCIÓN ACCIDENTAL O VIOLENTA?	
10/07/2024			Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99			Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
Día Mes Año 07 07 2024			No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99			23.1 Fecha de cirugía	Día Mes Año	
Horas Minutos 07 30			Se ignora <input type="radio"/> 99			23.2 Motivo de cirugía		
25. TIPO DE DEFUNCIÓN			Enfermedad <input type="radio"/> 4 Accidente <input type="radio"/> 1 Agresión <input type="radio"/> 2 Lesiones autoinfligidas intencionalmente <input type="radio"/> 3			Intervención legal <input type="radio"/> 5	Se ignora <input type="radio"/> 99	
26. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)			27. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			28. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS	29. ¿LA (EL) FALLECIDA/O PRESENTÓ MUERTE ENCEFÁLICA?	30. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN
Reporte la enfermedad o condición causante directamente de la defunción en línea a)			Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99			28.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:	29.1 ¿Fue Donadora/or de órganos?	30.1 CÓDIGO ADICIONAL
Reporte la cadena de afecciones o eventos en su orden (si aplica). Anote la causa básica en la última línea utilizada.			27.1 ¿Los hallazgos se utilizaron en la certificación?			El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto	Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	Uso exclusivo del personal codificador
			Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99			El parto <input type="radio"/> 2 No estoy embarazada en los últimos 11 meses previos a la defunción	No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	Código CIE
			27.2 ¿Los hallazgos se utilizaron en la certificación?			El puerperio <input type="radio"/> 3	28.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?	30.2 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la defunción
			Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99			28.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?	Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	30.3 30 minuto
PARTE I			a) Debido a (o como consecuencia de)					
Reporte la enfermedad o condición causante directamente de la defunción en línea a)			b) Debido a (o como consecuencia de)					
Reporte la cadena de afecciones o eventos en su orden (si aplica). Anote la causa básica en la última línea utilizada.			c) Debido a (o como consecuencia de)					
			d) Debido a (o como consecuencia de)					
PARTE II . Otras condiciones o estados patológicos significativos que no pertenecen a la parte I, pero que su presencia contribuyó a la defunción.			(el intervalo de tiempo puede incluirse después del estado patológico)					
27.2 ¿Los hallazgos se utilizaron en la certificación?			Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99					
28.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:			28.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?			29.1 ¿Fue Donadora/or de órganos?	30.1 CÓDIGO ADICIONAL	Uso exclusivo del personal codificador
El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto			Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99			Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	30.2 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la defunción	Código CIE
El parto <input type="radio"/> 2			No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99			No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	30.3 6 meses	
El puerperio <input type="radio"/> 3			28.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?			29.2 Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	30.4	
29.1 ¿Fue Donadora/or de órganos?			29.2 Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99			29.3 Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	30.5	
29.2 Si <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99			29.3 Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99			29.4 Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	30.6	
31. ¿OCURRIÓ EN EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO?			32. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA)			33. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL MINISTERIO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO:		
Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99			Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2					
			Vivienda colectiva <input type="radio"/> 1 Área deportiva <input type="radio"/> 3					
			Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Rancho o parcela <input type="radio"/> 7					
			Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 5					
			Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6					
			Otro <input type="radio"/> 8					
			Se ignora <input type="radio"/> 99					
34. RELACIÓN DE LA (DEL) PRESUNTA/A AGRESOR/A CON LA (EL) FALLECIDA/O			35. DESCRIBA BREVEMENTE LA SITUACIÓN, CIRCUNSTANCIA O MOTIVOS EN QUE SE PRODUJO LA LESIÓN (ACCIDENTAL, VIOLENTA O SI ES INTOXICACIÓN, ESPECIFIQUE EL AGENTE TÓXICO):			36.3 Núm. Ext.	36.4 Núm. Int.	
						Investigación pendiente <input type="radio"/> 1	No puede determinarse <input type="radio"/> 2	
36. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (ACCIDENTAL O VIOLENTA)			36.1 Tipo de vialidad			36.2 Nombre de la vialidad	36.3 Núm. Ext.	36.4 Núm. Int.
			36.5 Tipo de asentamiento humano			36.6 Nombre del asentamiento humano		
			36.8 Localidad			36.9 Municipio o Alcaldía	36.10 Entidad federativa	
37. CERTIFICADA POR Médico/o tratante <input type="radio"/> 1 Médico/o legista <input type="radio"/> 2 Otra/o médico/a <input type="radio"/> 3			38. NOMBRE Edith Susana Paredes Alvarado			39. SI LA (EL) CERTIFICANTE ES MÉDICO/A. 5795988	40. FIRMA DE LA (DEL) CERTIFICANTE	
			Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido			Número de la cédula profesional		
41. DOMICILIO Y TELÉFONO Calle Uxmal Narvarte			41.1 Tipo de vialidad			41.2 Nombre de la vialidad	41.3 Núm. Ext.	41.4 Núm. Int.
			41.6 Nombre del asentamiento humano			41.7 Código Postal	41.8 Localidad	
			41.9 Municipio o Alcaldía			41.10 Entidad federativa	42. FECHA DE CERTIFICACIÓN 07/07/2024	
			41.11 Teléfono				Día Mes Año	
43. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Núm. Libro Núm. Acta			44. LUGAR DE REGISTRO			44.1 Localidad	45. FECHA DE REGISTRO	
			44.2 Municipio o Alcaldía			44.3 Entidad federativa	Día Mes Año	
ACCIDENTAL O VIOLENTA								
DE LA (DEL) CERTIFICANTE								
DEL REG. CIVIL								

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



Identificador Electrónico

09014001020220062391



Clave Única de Registro de Población

HEPJ671129HDFRRR03

Número de Certificado de Nacimiento

Entidad de Registro

CIUDAD DE MEXICO

Municipio de Registro

BENITO JUAREZ

Oficialía	Fecha de Registro	Libro	Número de Acta
0010	02/02/1968	2	339

Datos de la Persona Registrada

JORGE

HERNANDEZ

PEREZ

Nombre(s):

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

HOMBRE

29/11/1967

CIUDAD DE MEXICO

Sexo:

Fecha de Nacimiento:

Lugar de Nacimiento:

Datos de Filiación de la Persona Registrada

PAULINO JUAN

HERNANDEZ

MEXICANA

Nombre(s):

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Nacionalidad:

CURP:

APOLONIA

PEREZ

MEXICANA

Nombre(s):

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Nacionalidad:

CURP:

Anotaciones Marginales:

Certificación:

Sin anotaciones marginales.

Se extiende la presente copia certificada, con fundamento en el artículo 48 de Código Civil para el Distrito Federal y artículo 13, fracción VII del Reglamento del Registro Civil del Distrito Federal. La Firma Electrónica con la que cuenta es vigente a la fecha de expedición; tiene validez jurídica y probatoria de acuerdo a las disposiciones legales en la materia.

A los 18 días del mes de Diciembre de 2022. Doy fe.

Firma Electrónica:

SE VQ Sj Y3 MT Ey OU hE RI JS Uj Az fE pP Uk dF fE hF Uk 5B Tk RF Wn xQ RV JF Wn wx
MD kw MT Qw MD Ew MT K2 OD Aw Mz M5 NX xN fD l5 IG RI IG 5v dm ll bW Jy ZS Bk ZS Ax
OT Y3 IE NJ VU RB RC BE RS BN RV hJ Q0 98 bn Vs bH xu dW xs

Código QR



Código de Verificación

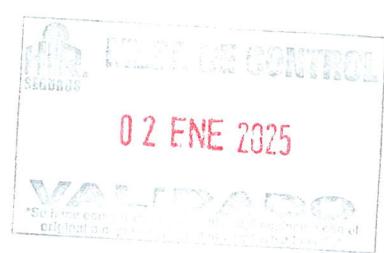
10901400101968003395



Directora General Del Registro Civil

LIC. CRYSTEL GUADALUPE ARELLANO MORENO

La presente copia certificada del acta es un extracto del acta que se encuentra en los archivos del Registro Civil correspondiente, la cual se ha expedido con base en las disposiciones jurídicas aplicables, cuyos datos pueden ser verificados en la página <https://cevar.registrocivil.gob.mx/eVAR/ConsultaFolio.jsp>, capturando el Identificador Electrónico que se encuentra en la parte superior derecha del acta, para su consulta en dispositivos móviles, descarga una aplicación para lectura del código QR.





GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MEXICO
CONSTANCIAS DE MOVIMIENTO
DE PERSONAL

FOLIO

011/1624/00163

DESCRIPCION DEL MOVIMIENTO

BAJA POR DEFUNCION

COD. DEL MOVIMIENTO

202

UNIDAD ADMINISTRATIVA

142. SUBSECRETARIA DE SISTEMA PENITENCIARIO

PLAZA

2610951

NUMERO DE EMPLEADO

243477

NOMBRE DEL EMPLEADO

HERNANDEZ PEREZ JORGE

T.N.

COD. PUESTO

UNIVERSO

NIVEL

1

CF33049

0

190

HORARIO

S. S.

DENOMINACION DEL PUESTO - GRADO

11

00

TECNICO PENITENCIARIO "A"

PERCEPCION MENSUAL

10,916.00

CARACTER DE NOMBRAMIENTO

(C) CONFIANZA

TIPO DE CONTRATACION

CONFIANZA

ZONA PAGADORA

14200015

REGIMEN ISSSTE

REPARTO

PROCESADO EN:

QUINCENA 16/2024

VIGENCIA

DEL	AL
DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

07 07 2024

NACIONALIDAD

MEXICANA

C.U.R.P.

HEPJ671129HDFRRR03

R.F.C.

HEPJ671129884

SEXO

MASCULINO

FECHA DE NACIMIENTO

29 NOVIEMBRE 1967

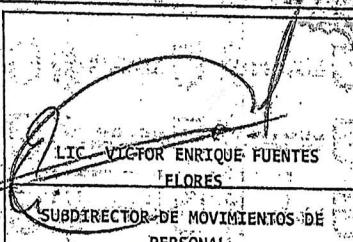
ESTADO CIVIL

SOLTERO/A

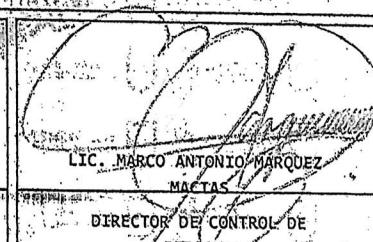
DOMICILIO

PROL ALCANFORES - MZ26 LT32 - LOMAS DE LA ERA 01860

OBSERVACIONES



LIC. VICTOR ENRIQUE FUENTES
FLORES
SUBDIRECTOR DE MOVIMIENTOS DE
PERSONAL



LIC. MARCO ANTONIO MARQUEZ
MACIAS
DIRECTOR DE CONTROL DE
PERSONAL

EN LA CIUDAD DE MÉXICO, A LOS **CATORCE** DÍAS DEL MES DE **OCTUBRE** DE **DOS MIL VÉINTICUATRO**, LA MAESTRA MARÍA ADRIANA SUÁREZ LINARES, DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL DE LA SECRETARÍA DE SEGURIDAD CIUDADANA DE LA CIUDAD DE MÉXICO, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO POR LOS ARTÍCULOS 20, FRACCIÓN XI DE LA LEY ORGÁNICA DEL PODER EJECUTIVO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO; 41, FRACCIÓN XVI DEL REGLAMENTO INTERIOR DEL PODER EJECUTIVO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO; 17, FRACCIÓN XII Y 59, AMBOS DEL REGLAMENTO INTERIOR DE LA SECRETARÍA DE SEGURIDAD CIUDADANA DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

----- CERTIFICA -----

QUE LA PRESENTE CONSTANTE DE UNA (1) **FOJA ÚTIL**, ES COPIA FIEL Y EXACTA DEL ANTECEDENTE DOCUMENTAL QUE OBRA EN LOS ARCHIVOS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL DE LA SECRETARÍA DE SEGURIDAD CIUDADANA DE LA CIUDAD DE MÉXICO, QUE SE EXPIDE PARA LOS EFECTOS LEGALES A QUE HAYA LUGAR.

----- DOY FE -----

MTRA. MARÍA ADRIANA SUÁREZ LINARES
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL

DIRECCIÓN GENERAL DE
ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL

Eduardo
DPO/BZF

Revisó
MAAO

Analizó
FIA

Autorizó
RCA



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

GDF9712054NA
GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO
PERSONAS MORALES CON FINES NO LUCRATIVOS

RECIBO COMPROBANTE DE LIQUIDACIÓN DE PAGO		NUM. EMPLEADO U. ADMVA.	243477		FOLIO FISCAL	ED68707C-FFF8-46AD-9913-812FD2ECFA84		
			142 SUBSECRETARIA DE SISTEMA PENITENCIARIO			ZONA PAGADORA	14200015	
NOMBRE	JORGE HERNANDEZ PEREZ			R.F.C.	HEPJ671129884		C.U.R.P.	HEPJ671129HDFRRR03
NUM. PLAZA	2610951	T.N.	1	UNIVERS	O	NIVEL	190	COD. PUESTO/CVE. CF33049
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO /ACT. ASOC. AL PROGRAMA	TECNICO PENITENCIARIO "A"			REG. FISCAL 605	DOM.	01860		
TIPO DE CONTRATACIÓN / SUBPROGRAMA				SECC. SIND. 0	COM. SINDICAL			
		PERÍODO DE CONTRATACIÓN			PERÍODO DE PAGO			
					16/MAY/2024 AL 31/MAY/2024			
FECHA	CONCEPTO	PERCEPCIONES DESCRIPCION			IMPORTE			
	1003 1063 1293 1303 1313 1643 1733 2043 2203 3623	SALARIO BASE (IMPORTE) QUINQUENIO DESPENSA AYUDA SERVICIO ASIGNACION ADICIONAL AYUDA PARA CAPACITACION Y DESARROLLO PREVISION SOCIAL MULTIPLE COMPENSACION DE RIESGO PENITENCIARIO APOYO SEGURO GASTOS FUNERARIOS CDMX PRIMA VACACIONAL			5,458.00 68.00 32.50 4.00 2,260.50 200.00 40.50 1,412.50 13.30 1,819.33 11,308.63			
					TOTAL PERCEPCIONES:			
TIPO PRESTAMO	CONCEPTO	DEDUCCIONES DESCRIPCION			IMPORTE			
AHI SEG	5133 5910 6203 6305 6310 6315 7355 8023 8571 8032	SEGURO COLECTIVO DE RETIRO APORTACION FONAC SEGURO GASTOS FUNERARIOS CDMX ISSSTE-SEGURO DE SALUD ISSSTE-SEGURO DE RETIRO,CESANTIA Y VEJEZ ISSSTE-SEGURO DE INVALIDEZ-VIDA Y SERVICIOS SOCIALES METLIFE MEXICO 2242 IMPUESTO SOBRE LA RENTA RETENIDO PENSION ALIMENTICIA PORCENTUAL 1 SUBSIDIO PARA EL EMPLEO ENTREGADO			3.95 335.76 13.30 234.17 424.98 78.06 300.01 1,396.11 2,289.52 0.00 5,075.86			
					TOTAL DEDUCCIONES:			
					LIQUIDO A COBRAR			
					\$6,232.77			
Forman parte del sueldo básico los conceptos 1003, 1073, 1083, 1093 y 2143 conforme tabulador. Los demás son percepciones extraordinarias.								

FOLIO DE APERTURA:

LUGAR DE EXPEDICIÓN:

06000

CADENA ORIGINAL DEL COMPLEMENTO DE CERTIFICACIÓN DIGITAL DEL SAT:

||1.1|ED8707C-FFF8-46AD-9913-812FD2ECFA84|2024-05-30T00:00:00|Z0gCj5qXK4Aun2KB8LRyptTrVa4LPv3xg4HQs/L753LTh9QUg7d5EQySEstylaY828XbaqlfQUIbZwyYZPMEQXRpE74lyPHNqbmyh1Rm/oCoINhpCtq+u8+/8163uo24QQJz/AEIJ1r4l0MXehtTl0s45uUcwML29vBqsKhw26APeMultvkPNJ2uZH6jh9H3/COoohnra||
 Tl0s45uUcwML29vBqsKhw26APeMultvkPNJ2uZH6jh9H3/COoohnra||
 +ygNqnN5u08ngc3jg2wdZEY3fpORTkumDuyvhJpkHDa4mc/EYbE68vj3cSw==|00001000000705250068||

SELLO DIGITAL DEL SAT:

f4PAfrp2k/9wUgD2T7rIJU60L0tmJNgo1q4+5gBK0GIGjC02z/JCf65dnln7KAbeQRNM5oqK1phTwmWZaPLP7Qk2ueeC6wryMhw368BQjRdszu5yF7JmEAMQ2y3EgC4+RxqjQbi/xDvgqhj90Q7ZGZPm7NCp9Urftfw2VydWRq3Jl5WGjTVlJozFh1sM35Zx/w/
 AAewaK1kerrsUL10WEQTYfxAB+kmH5H21qCcjkA6KjQBVHKXR/SNGAVevf0xGIBLCH/JXpcINPB+CkNIFp20Ex6kzs56fNqYBvprXjvhWnB/6YGVoSjnKTov3Y4f03gg==

SELLO DIGITAL DEL EMISOR:

Z0gCj5qXK4Aun2KB8LRyptTrVa4LPv3xg4HQs/L753LTh9QUg7d5EQySEstylaY828XbaqlfQUIbZwyYZPMEQXRpE74lyPHNqbmyh1Rm/oCoINhpCtq+u8+/8163uo24QQJz/AEIJ1r4l0MXehtTl0s45uUcwML29vBqsKhw26APeMultvkPNJ2uZH6jh9H3/COoohnra||
 xWnZXYuuaAfcmJmrTeF33+7yFvgHFeT8Xb8tOrEHxr1Zy7Q/BKKu4ENRd0B2vJ518Qs3++ygNqnN5u08ngc3jg2wdZEY3fpORTkumDuyvhJpkHDa4mc/EYbE68vj3cSw==



FOLIO FISCAL:	ED68707C-FFF8-46AD-9913-812FD2ECFA84
FECHA Y HORA DE CERTIFICACIÓN:	30/05/2024T00:00:00
No. SERIE DEL CERTIFICADO DEL SAT:	00001000000705250068
No. SERIE DEL CERTIFICADO DEL EMISOR:	00001000000510652242
TIPO DE COMPROBANTE: N MONEDA: MXN FORMA DE PAGO: MÉTODO DE PAGO: REGIMEN FISCAL:	



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

GDF9712054NA
GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO
PERSONAS MORALES CON FINES NO LUCRATIVOS

11

RECIBO COMPROBANTE DE LIQUIDACIÓN DE PAGO		NUM. EMPLEADO	243477		FOLIO FISCAL	5FBF07D3-7199-42C1-AF54-3C6DFC10E9EA						
		U. ADMVA.	142 SUBSECRETARIA DE SISTEMA PENITENCIARIO					ZONA PAGADORA	14200015			
NOMBRE	JORGE HERNANDEZ PEREZ			R.F.C.	HEPJ671129884		C.U.R.P.	HEPJ671129HDFRRR03				
NUM. PLAZA	2610951	T.N.	1	UNIVERS	O	NIVEL	190	COD. PUESTO/CVE.	CF33049	GRADO	0	
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO /ACT.	TECNICO PENITENCIARIO "A"							REG. FISCAL	605	DOM.	01860	
ASOC. AL PROGRAMA								SECC. SIND.	0	COM. SINDICAL		
TIPO DE CONTRATACIÓN / SUBPROGRAMA								PERÍODO DE CONTRATACIÓN				
											PERÍODO DE PAGO	01/JUN/2024 AL 15/JUN/2024
FECHA	CONCEPTO	PERCEPCIONES									IMPORTE	
		DESCRIPCION										
	1003 SALARIO BASE (IMPORTE)										5,458.00	
	1063 QUINQUENIO										68.00	
	1293 DESPENSA										32.50	
	1303 AYUDA SERVICIO										4.00	
	1313 ASIGNACION ADICIONAL										2,260.50	
	1733 PREVISION SOCIAL MULTIPLE										40.50	
	2043 COMPENSACION DE RIESGO PENITENCIARIO										1,412.50	
	2203 APOYO SEGURO GASTOS FUNERARIOS CDMX										13.30	
TOTAL PERCEPCIONES:											9,289.30	
TIPO PRESTAMO	CONCEPTO	DEDUCCIONES									IMPORTE	
		DESCRIPCION										
	5133 SEGURO COLECTIVO DE RETIRO										3.95	
	5910 APORTACION FONAC										335.76	
	6203 SEGURO GASTOS FUNERARIOS CDMX										13.30	
	6305 ISSSTE-SEGURO DE SALUD										234.17	
	6310 ISSSTE-SEGURO DE RETIRO,CESANTIA Y VEJEZ										424.98	
	6315 ISSSTE-SEGURO DE INVALIDEZ-VIDA Y SERVICIOS SOCIALES										78.06	
AHI SEG	7355 METLIFE MEXICO 2241										300.01	
	8023 IMPUESTO SOBRE LA RENTA RETENIDO										1,138.70	
	8571 PENSION ALIMENTICIA PORCENTUAL 1										1,849.04	
	8032 SUBSIDIO PARA EL EMPLEO ENTREGADO										0.00	
TOTAL DEDUCCIONES:											4,377.97	
LIQUIDO A COBRAR											\$4,911.33	
Forman parte del sueldo básico los conceptos 1003, 1073, 1083, 1093 y 2143 conforme tabulador. Los demás son percepciones extraordinarias.												

FOLIO DE APERTURA:		
LUGAR DE EXPEDICIÓN: 06000		
CADENA ORIGINAL DEL COMPLEMENTO DE CERTIFICACIÓN DIGITAL DEL SAT:		
II1.10FBF07D3-7199-42C1-AF54-3C6DFC10E9EA 2024-06-13T00:00:00 Rkf0ho3Jf8RIuKVNHxZB+e2Geg/dlgQvP8HqdBHqgAVhrlqGcEmiYPIWYlydxggI8ZAo3yKg8+KoZd7qM+utYlo32My964KqeCpEBOpknWMKzRsGuSX+ZJ2dK1Izq7XXImwDq5CgSHajbL6W+V8kgP1B9pKOYcdHKpsn2l4RwtUdAWRZCQkGnLmDjShu9MWq2lUwHzuxg2lB6Ya86MmdGcUIPLefBTfhB/67l7IC/YcAxAmcBy9B5IKSbKw6/H1QJ2APhxszWSpVoRx3XWaNIGEWrhzOzL0OCdUxDQJkoVcd0eWa5ocuU0ON6Ik+1Z5UYIucFIQ== 00001000000705250068		
SELLO DIGITAL DEL SAT:		
Fv0Pd0AjrA2ZYfL3s+2Kgd+P92sjPMCo7hLbmHZ+Sej5ZFoWgg0HM44hDYQ/90089hEg3nRWodSV0s1TopVnCjgOopNzDfhbv31ffyA4Hmg56L89v494JNB1jkaWKLrtVsBzk5eFk9Ug9t+QCR1XxmZ1CYzzwOFYwe92ltnK5R0kK9GoeoupSxnB7dyVnXH9xtLP1hXmqN8k6M74aI08Gm1k4Jsp4T7Xv1Vosd17bfUw8T4LofhRc7n0DQAzeqcH9stAp0Vvxxyzn/Vf1a0PIL7f1xXmbOnW2Sz7bV/H4w7TsPjI5B8NkIdfZ1Y8lVHge+Altx5oAVQ==		
SELLO DIGITAL DEL EMISOR:		
RkF0ho3Jf8RIuKVNHxZB+s+aGege/dlgQvP9HqdBHqgAVhrlqGcEmiYPIWYlydxggI8ZAo3yKg8+KoZd7qM+utYlo32My964KqeCpEBOpknWMKzRsGuSX+ZJ2dK1Izq7XXImwDq5CgSHajbL6W+W8kgP1B9pKOYcdHKpsn2l4RwtUdAWRZCQkGnLmDjShu9MWq2lUwHzuxg2lB6Ya86MmdGcUIPLefBTfhB/67l7IC/YcAxAmcBy9B5IKSbKw6/H1QJ2APhxszWSpVoRx3XWaNIGEWrhzOzL0OCdUxDQJkoVcd0eWa5ocuU0ON6Ik+1Z5UYIucFIQ==		
	FOLIO FISCAL:	5FBF07D3-7199-42C1-AF54-3C6DFC10E9EA
	FECHA Y HORA DE CERTIFICACIÓN:	13/06/2024T00:00:00
	No. SERIE DEL CERTIFICADO DEL SAT:	00001000000705250068
	No. SERIE DEL CERTIFICADO DEL EMISOR:	00001000000510652242
	TIPO DE COMPROBANTE: N MONEDA: MXN FORMA DE PAGO: MÉTODO DE PAGO: REGIMEN FISCAL:	



RECIBO COMPROBANTE DE LIQUIDACIÓN DE PAGO		NUM. EMPLEADO	243477		FOLIO FISCAL	F510D6EE-CDD1-47F0-8B05-499509D89EA7									
		U. ADMVA.	142 SUBSECRETARIA DE SISTEMA PENITENCIARIO				ZONA PAGADORA	14200015							
NOMBRE	JORGE HERNANDEZ PEREZ		R.F.C.	HEPJ671129884		C.U.R.P.	HEPJ671129HDFRRR03								
NUM. PLAZA	2610951	T.N.	1	UNIVERS	O	NIVEL	190	COD. PUESTO/CVE.							
DESCRIPCIÓN DEL PUESTO /ACT.	TECNICO PENITENCIARIO "A"		REG. FISCAL	605	DOM.	01860									
ASOC. AL PROGRAMA			SECC. SIND.	0	COM. SINDICAL										
TIPO DE CONTRATACIÓN / SUBPROGRAMA					PERÍODO DE CONTRATACIÓN										
					PERÍODO DE PAGO	16/JUN/2024 AL 30/JUN/2024									
PERCEPCIONES															
FECHA	CONCEPTO	DESCRIPCION				IMPORTE									
	1003	SALARIO BASE (IMPORTE)				5,458.00									
	1063	QUINQUENIO				68.00									
	1293	DESPENSA				32.50									
	1303	AYUDA SERVICIO				4.00									
	1313	ASIGNACION ADICIONAL				2,260.50									
	1323	AJUSTE SEMESTRAL				727.73									
	1643	AYUDA PARA CAPACITACION Y DESARROLLO				200.00									
	1733	PREVISION SOCIAL MULTIPLE				40.50									
	2043	COMPENSACION DE RIESGO PENITENCIARIO				1,412.50									
	2203	APOYO SEGURO GASTOS FUNERARIOS CDMX				13.30									
					10,217.03										
TOTAL PERCEPCIONES:															
DEDUCCIONES															
TIPO PRESTAMO	CONCEPTO	DESCRIPCION				IMPORTE									
	5133	SEGURO COLECTIVO DE RETIRO				3.95									
	5910	APORTACION FONAC				335.76									
	6203	SEGURO GASTOS FUNERARIOS CDMX				13.30									
	6305	ISSSTE-SEGURO DE SALUD				258.74									
	6310	ISSSTE-SEGURO DE RETIRO,CESANTIA Y VEJEZ				469.56									
	6315	ISSSTE-SEGURO DE INVALIDEZ-VIDA Y SERVICIOS SOCIALES				86.25									
AHI SEG	7355	METLIFE MEXICO 2240				300.01									
	8023	IMPUESTO SOBRE LA RENTA RETENIDO				1,336.87									
	8571	PENSION ALIMENTICIA PORCENTUAL 1				2,012.09									
	8032	SUBSIDIO PARA EL EMPLEO ENTREGADO				0.00									
					4,816.53										
TOTAL DEDUCCIONES:						\$5,400.50									
LIQUIDO A COBRAR															
Forman parte del sueldo básico los conceptos 1003, 1073, 1083, 1093 y 2143 conforme tabulador. Los demás son percepciones extraordinarias.															

FOLIO DE APERTURA:

LUGAR DE EXPEDICIÓN:

06000

CADENA ORIGINAL DEL COMPLEMENTO DE CERTIFICACIÓN DIGITAL DEL SAT:

II.1|F510D6EE-CDD1-47F0-8B05-499509D89EA7|2024-06-27T00:00:00|SRyc+0!xPfg9rP2xDxouErYESIW/BDWRS+V4ej5C6IZXJRh1mKqqNuMFIR2ml5n7FmbKKYPrNOAwZjAhPP5WXHgTzfeeqdOYTTKS8m+/bG8MEEm1tz+IV0pV8y6nW55laVJxWomwIuw
Wij0KrfJVA/wCw3+10uzhv9g4IK2Chh16r9Anzw/ulBQf9hPHp8wHwKJeh1+IRsRnHJbYXZGclZqz4vxR3usrDDIEgmMgkln3OILocaUVnbjfeYF15nSjDlZMm2j/T5dzK3BSFFzKdmpj2RJa+ZRzY6pD5GIO0rlmUBgvw4XXlsOXI9lfRnauPr74lrKGa==|0000100000
0708280068||

SELLO DIGITAL DEL SAT:

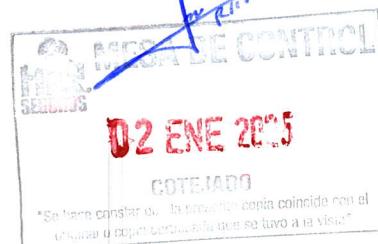
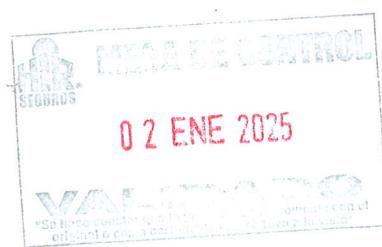
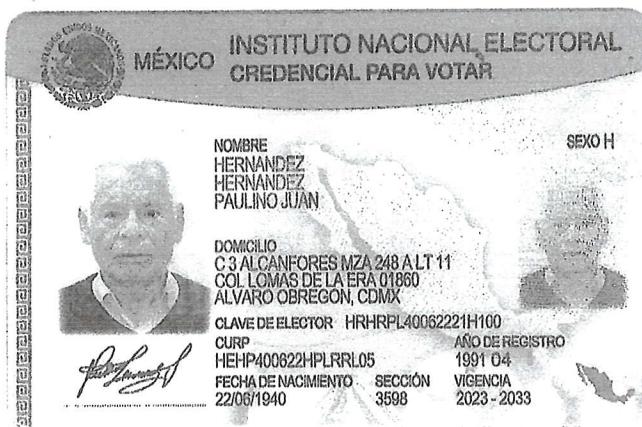
F2K4ny+34jc1Qa6oBzILy/bFnjdACZgExe6q2CVV0kCxJxdMvxC2gej7xwP8XOLPyT8jG+bquBCPj+jpl.R4IXIS2qqDvZEIBal/IA7e61HB/C7PYSW8SB5QEJ9iLFisPQe2u52Wun0INzP2hAhYxtz/v5LPDrJvPBqYsIYQQ1BQ8LyvWmdq12X/egDcw5KsZxgGxcN1
71dCsxDIOCWDs/+Ky85+boHg0m9puDexvTxAKp0aJA09H5JB9asTAmN8qzH9M2T+meSHUPT5EiSivTVkdunAWjeOQYhymZfUuLBtmjeIn/ozdBhNgpKLjCOGsC/S4gS12Q==

SELLO DIGITAL DEL EMISOR:

SRyc+0!xPfg9rP2zP0xuERyErYESIW/BDWRS+V4ej5C6IZXJRh1mKqqNuMFIR2ml5n7FmbKKYPrNOAwZjAhPP5WXHgTzfeeqdOYTTKS8m+/bG8MEEm1tz+IV0pV8y6nW55laVJxWomwIuwkjJSKnFJVarWCw3+10uzhv9g4IK2Chh16r9Anzw/ulBQf9hPHp8wHwK
Jeh1+IRsRnHJbYXZGclZqz4vxR3usrDDIEgmMgkln3OILocaUVnbjfeYF15nSjDlZMm2j/T5dzK3BSFFzKdmpj2RJa+ZRzY6pD5GIO0rlmUBgvw4XXlsOXI9lfRnauPr74lrKGa==



FOLIO FISCAL:	F510D6EE-CDD1-47F0-8B05-499509D89EA7
FECHA Y HORA DE CERTIFICACIÓN:	27/06/2024T00:00:00
No. SERIE DEL CERTIFICADO DEL SAT:	00001000000705250068
No. SERIE DEL CERTIFICADO DEL EMISOR:	00001000000510652242
TIPO DE COMPROBANTE: N MONEDA: MXN FORMA DE PAGO: MÉTODO DE PAGO: REGIMEN FISCAL:	



SEGOB

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

CONSTANCIA DE LA CLAVE ÚNICA
DE REGISTRO DE POBLACIÓN

DIRECCIÓN GENERAL DEL
REGISTRO NACIONAL DE POBLACIÓN
y IDENTIDAD



Clave:

HEHP400622HPLRRL05



Nombre

PAULINO JUAN HERNANDEZ HERNANDEZ

Fecha de inscripción

30/07/1997

Folio

1403540

Entidad de registro

PUEBLA



121027194000087

CURP Certificada: verificada con el Registro Civil

CURP's asociadas por corrección
HEHP400702HPLRRL04

PAULINO JUAN HERNANDEZ HERNANDEZ

PRESENTE

Ciudad de México, a 27 de enero de 20

El derecho a la identidad está consagrado en nuestra Constitución. En la Secretaría de Gobernación trabajamos todos los días para garantizar que las y los mexicanos gocen de este derecho plenamente; y de esta forma puedan acceder de manera más sencilla a trámites y servicios.

Nuestro objetivo es que el uso y adopción de la Clave Única de Registro de Población (CURP) permita a la población tener una sola llave de acceso a servicios gubernamentales, ser atendida rápidamente y poder realizar trámites desde cualquier computadora con acceso a internet dentro o fuera del país.

Nuestro compromiso es que la identidad de cada persona esté protegida y segura, por ello contamos con los máximos estándares para la protección de los datos personales. En este marco, es importante que verifiques que la información contenida en la constancia anexa sea correcta para contribuir a la construcción de un registro fiel y confiable de la identidad de la población.

Agradezco tu participación.

LIC. ADÁN AUGUSTO LÓPEZ HERNÁNDEZ

SECRETARIO DE GOBERNACIÓN



Estamos a sus órdenes para cualquier aclaración o duda sobre la conformación de su clave en **TEL CURP**, marcando el **800 911 11 11**

La impresión de la constancia CURP en papel bond, a color o blanco y negro, es válida y debe ser aceptada para realizar todo trámite.

TRÁMITE GRATUITO

Los Datos Personales recabados, incorporados y tratados en la Base de Datos Nacional de la Clave Única de Registro de Población, son utilizados como elementos de apoyo en la función de la Secretaría de Gobernación, a través de la Dirección General del Registro Nacional de Población e Identidad en el registro y acreditación de la identidad de la población del país, y de los nacionales residentes en el extranjero; asignando y expediente la Clave Única de Registro de Población. Dicha Base de Datos, se encuentra registrada en el Sistema Persona del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales (<http://persona.ifai.org.mx/persona/welcome.do>). La transferencia de los Datos Personales y el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, deben realizarse conforme a la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados, y demás normatividad aplicable. Para ver la versión integral del aviso de privacidad ingresar a <https://renapo.gob.mx/>

CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN FISCAL**HACIENDA**

SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA

HEHP400622J23
Registro Federal de ContribuyentesPAULINO JUAN HERNANDEZ
HERNANDEZ
Nombre, denominación o razón socialIdCIF: 23090440401
VALIDA TU INFORMACIÓN
FISCAL**CONSTANCIA DE SITUACIÓN FISCAL**Lugar y Fecha de Emisión
**CUAUHTEMOC , CIUDAD DE MEXICO A 30 DE
DICIEMBRE DE 2024**

HEHP400622J23

Datos de Identificación del Contribuyente:

RFC:	HEHP400622J23
CURP:	HEHP400622HPLRR05
Nombre (s):	PAULINO JUAN
Primer Apellido:	HERNANDEZ
Segundo Apellido:	HERNANDEZ
Fecha inicio de operaciones:	28 DE NOVIEMBRE DE 1966
Estatus en el padrón:	ACTIVO
Fecha de último cambio de estado:	28 DE NOVIEMBRE DE 1966
Nombre Comercial:	

Datos del domicilio registrado

Código Postal:03339	Tipo de Vialidad:
Nombre de Vialidad: AV UNIVERSIDAD	Número Exterior: 1200
Número Interior:5 A E 3	Nombre de la Colonia: XOCO
Nombre de la Localidad:	Nombre del Municipio o Demarcación Territorial: BENITO JUAREZ
Nombre de la Entidad Federativa: CIUDAD DE MEXICO	Entre Calle:

Página [1] de [2]

HACIENDA**Contacto**Av. Hidalgo 77, col. Guerrero, C.P. 06300, Ciudad de México.
Atención telefónica desde cualquier parte del país:
MarcaSAT 55 627 22 728 y para el exterior del país
(+52) 55 627 22 728

Y Calle:

Actividades Económicas:

Orden	Actividad Económica	Porcentaje	Fecha Inicio	Fecha Fin
1	Banca múltiple o comercial	100	28/11/1966	

Regímenes:

Régimen	Fecha Inicio	Fecha Fin
Régimen de Sueldos y Salarios e Ingresos Asimilados a Salarios	28/11/1966	

Obligaciones:

Descripción de la Obligación	Descripción Vencimiento	Fecha Inicio	Fecha Fin
Declaración anual de ISR. Personas Físicas.	A más tardar el 30 de abril del ejercicio siguiente.	01/01/2014	

Sus datos personales son incorporados y protegidos en los sistemas del SAT, de conformidad con los Lineamientos de Protección de Datos Personales y con diversas disposiciones fiscales y legales sobre confidencialidad y protección de datos, a fin de ejercer las facultades conferidas a la autoridad fiscal.

Si desea modificar o corregir sus datos personales, puede acudir a cualquier Módulo de Servicios Tributarios y/o a través de la dirección <http://sat.gob.mx>

"La corrupción tiene consecuencias ¡denúnciala! Si conoces algún posible acto de corrupción o delito presenta una queja o denuncia a través de: www.sat.gob.mx, denuncias@sat.gob.mx, desde México: (65) 8852 2222, desde el extranjero: + 55 8852 2222, SAT móvil o www.gob.mx/sfp".

Cadena Original Sello:

Sello Digital:

||2024/12/30|HEHP400622J23|CONSTANCIA DE SITUACIÓN FISCAL|20000106888800000031||
ATelhM+RSreWCXBhG4B838dVb8atVRwpJsxBAN/cDFProKyzheKQ0oX66JcdjFcji+M5C31R3/gHXVxjRHMM
MuTeZ85eOvxLU7DI1bPaeCxehQb2g5yjE1nlrltY8Q4uOYrW8s/2LcW18kT9XbpFgUNK1Ecz60vPMfqMjVuAv0=



Página [2] de [2]



HACIENDA
ESTADO DE MÉXICO Y CREDITO FEDERAL

SAT
SERVICIO AL ADMINISTRADOR FISCAL

Contacto

Av. Hidalgo 77, col. Guerrero, CP 06300 Ciudad de México.
Atención telefónica desde cualquier parte del país:
Marca el SAT 65 627 22 728 y para el exterior del país
(+52) 55 627 22 728



Identificador Electrónico

21027000120230000499



Clave Única de Registro de Población

HEHP400622HPLRRL05



Número de Certificado de Nacimiento

Entidad de Registro

PUEBLA

Municipio de Registro

CALTEPEC

Oficialía	Fecha de Registro	Libro	Número de Acta
0001	08/07/1940	1	87

Datos de la Persona Registrada

PAULINO JUAN

HERNANDEZ

HERNANDEZ

Nombre(s):

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

HOMBRE

22/06/1940

CALTEPEC

Sexo:

Fecha de Nacimiento:

PUEBLA

Lugar de Nacimiento:

Datos de Filiación de la Persona Registrada

JOSE

HERNANDEZ

BARBOSA

MEXICANA

Nombre(s):

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Nacionalidad:

CURP:

ISABEL

HERNANDEZ

MIRANDA

MEXICANA

Nombre(s):

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Nacionalidad:

CURP:

Anotaciones Marginales:

Sin anotaciones marginales.

Certificación:

Se extiende la presente copia certificada, con fundamento en los artículos 848 y 849 del Código Civil de Puebla, el artículo 12 fracción VI del Reglamento del Registro Civil de las Personas de Puebla y los artículos 1, 2 inciso b) y 5 fracciones IV, VIII, IX y XVIII de la Ley de Gobierno Digital de Puebla. La Firma Electrónica con la que cuenta es vigente a la fecha de expedición; tiene validez jurídica y probatoria de acuerdo a las disposiciones legales en la materia.

A los 27 días del mes de Febrero de 2023. Doy fe.

Firma Electrónica:

SE VI UD Qw MD Yy Mk hQ TF JS TD A1 fF BB VU xJ Tk 8g SI VB Tn xl RV JO QU 5E RV p8
SE VS Tk FO RE Va fD Ey MT Ay Nz Aw MD Ex OT Qw MD Aw OD cw fE 18 Mj Ig ZG Ug an
Vu aW 8g ZG Ug MT k0 MH xQ VU VC TE F8 bn Vs bH xu dW xs

Código QR



Código de Verificación

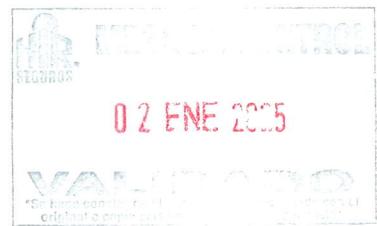
12102700011940000870



Director General Del Registro Del Estado Civil De Las Personas De

Lic. Manuel Valentin Carmona Sosa

La presente copia certificada del acta es un extracto del acta que se encuentra en los archivos del Registro Civil correspondiente, la cual se ha expedido con base en las disposiciones jurídicas aplicables, cuyos datos pueden ser verificados en la página <https://cevar.registercivil.gob.mx/eVAR/ConsultaFolio.jsp>, capturando el Identificador Electrónico que se encuentra en la parte superior derecha del acta, para su consulta en dispositivos móviles, descarga una aplicación para lectura del código QR.





Comisión Federal de Electricidad®

CFE Suministrador de Servicios Básicos
Río Ródano No. 14, colonia Cuauhtémoc,
Alcaldía Cuauhtémoc, Código Postal 06500,
Ciudad de México, RFC: CSS160330CP7

APOLONIA PEREZ DE HD

3 ALCANFORES M 248A L11
ORQUIDEA Y CDA ALCANFORES
LOMAS DE LA ERA, C.P. 01860
LOMAS DE LA ERA, CDMX

NO. DE SERVICIO : 137841000558

RMU : 01860 84-10-05 XAXX-010101.003-CFE
CUENTA : 23DN20A5H2350190

LÍMITE DE PAGO: 01 DIC 2024

CORTE A PARTIR:
02 DIC 2024

TARIFA: 01 NO. MEDIDOR: E199WR MULTIPlicADOR: 1
HILOS

PERIODO FACTURADO: 17 SEP 24 - 14 NOV 24

TOTAL A PAGAR:

\$208

(DOSCIENTOS OCHO PESOS M.N.)

¿QUIERES RECIBIR TU RECIBO DIGITAL?

En 3 Pasos:

1. Escanea el QR.
2. Actualiza tus datos.
3. Listo.



Concepto	Lectura actual Medida x Estimada	Lectura anterior Medida x Estimada	Total periodo	Precio (MXN)	Subtotal (MXN)
Energía (kWh)	11308	11141	167		
Básico			150	1.051	157.65
Intermedio			17	1.275	21.67
Suma			167		179.32

Este gráfico refleja tu nivel de consumo. A menor uso, mayor apoyo.



Subtotal

Concepto	Costos de la energía en el Mercado Eléctrico Mayorista			Desglose del importe a pagar		
	\$	\$/kW	\$/kWh	Importe (MXN)	Importe (MXN)	
Suministro	83.58	0.00	0.00	83.58	Energía	179.33
Distribución	0.00	0.00	161.59	161.59	IVA 16%	28.69
Transmisión	0.00	0.00	29.54	29.54	Fac. del Periodo	208.02
CENACE	0.00	0.00	1.09	1.09	Total	\$208.02
Energía	0.00	0.00	151.64	151.64		
Capacidad	0.00	0.00	121.58	121.58		
SCnMEM(1)	0.00	0.00	1.04	1.04		

Apoyo Gubernamental 370.73

(1) SCnMEM: Costos relacionados con los servicios del Mercado. (2) DAP: Derecho al Alumbrado Público. (3) Cargos o créditos: Diversos conceptos que se pueden incluir en el aviso recibo relacionados con el suministro.



CFE contigo



PORTE PAGADO
CARTAS
CAG9-02268
AUTORIZADO POR SEPOMEX



01860 84-10-05 XAXX-010101 003 CFE

01 137841000558 241201 000000208 1



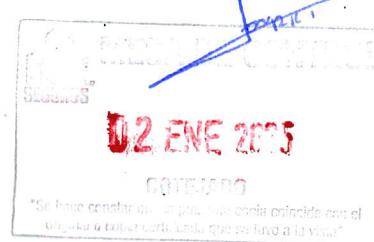
23DN20A5H2350190

Repartir

\$208

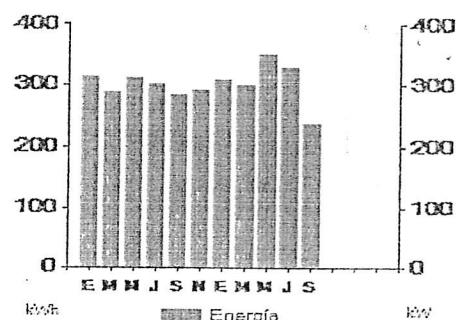
(DOSCIENTOS OCHO PESOS M.N.)

-1166-



CONSUMO HISTÓRICO

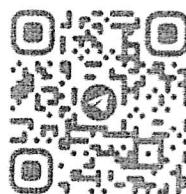
Período	KWh	Importe	Pagos	Pendientes de Pago
del 16 JUL 24 al 17 SEP 24	237	\$310.00	\$310.00	
del 15 MAY 24 al 16 JUL 24	328	\$675.00	\$675.00	
del 13 MAR 24 al 15 MAY 24	352	\$673.00	\$673.00	
del 15 ENE 24 al 13 MAR 24	301	\$453.00	\$453.00	
del 14 NOV 23 al 15 ENE 24	310	\$488.00	\$488.00	
del 14 SEP 23 al 14 NOV 23	293	\$411.00	\$411.00	
del 17 JUL 23 al 14 SEP 23	286	\$378.00	\$378.00	
del 17 MAY 23 al 17 JUL 23	303	\$441.00	\$441.00	
del 15 MAR 23 al 17 MAY 23	311	\$468.00	\$468.00	
del 16 ENE 23 al 15 MAR 23	289	\$376.00	\$376.00	
del 15 NOV 22 al 16 ENE 23	314	\$468.00	\$468.00	



¡AHORA POR TELEGRAM !



Consúltanos en
Telegram
CFEContigoBot



@CFECONTIGOBOT



Datos Fiscales del Receptor Cadena Original Este documento es una representación impresa de un CFDI PPD
RFC: RFC_Region Social; Régimen Fiscal: General de Ley Personas Morales; Uso CFDI: Gastos en general; CP: 00000 Serie: NA Folio: CCC274078302 Folio Fiscal: N. Certificado del SAT: No. certificado del CSD; Fecha y Hora de certificación: Unidad de medida: kWh

Instancias y recursos a disposición de los usuarios para atender quejas: **CFE** / Suministrador de Servicios Básicos. **PROFECO**

AVISO IMPORTANTE!



Ahorra consumo de energía eléctrica, tu ahorro contribuye a la protección del medio ambiente. Nuestro compromiso es seguir conectados contigo.
Corte a partir del 02 DIC 2024.
Su consumo de energía eléctrica está dentro del rango de consumo INTERMEDIO, que es mayor a 150 y menor a 280 kWh bimestrales.

Conoce los servicios de los diferentes suministradores: <http://usuariocalificado.cre.gob.mx/UsuarioCalificado/ListaDeSuministrador>

¡Tú eliges dónde pagar!

Farmacias del Ahorro
Te queremos... bien.



Soriana



Walmart

TELEGRAFOS



laComer



Banco del Bienestar, Bancomer, Inbursa, Santander, Banamex, Banjercito, ScotiaBank, HSBC, CIBanco, Alíbre, Multiva, Banco del Bajío, Banco Azteca, OXXO, Coppel.
Son más de 100,000 establecimientos autorizados, consulta el portal cfel.mx en la sección medios de pago.