TLAXCALA
CONSTRUIR Y CRECER JUNTOS
GOBIERNO DEL ESTADO 2017-2021

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

TLX
CONSTRUIR Y CRECER JUNTOS
GOBIERNO DEL ESTADO DE TLAXCALA 2017-2021

O.P.D. SALUD
ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO
SALUD DE TLAXCALA

SEPTIEMBRE 2019

AUTORIZACIÓN DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

En cumplimiento a los artículos 20 y 21 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Tlaxcala; los artículos 5, 28 y 30 de la Ley de las Entidades Paraestatales del Estado de Tlaxcala; y a los artículos 10, 18, 19, 20, 31 y 33 del Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado Salud de Tlaxcala; se elaboró el presente Manual de Procedimientos para la Gestión y Administración de Recursos Humanos, para su debida observancia y se aprobó el día 18 del mes de septiembre de 2019.

REVISÓ

L.C. Liliana Yasil Hernández Cruz
Jefa del Departamento de Recursos Humanos

Lic. Francisco Alejandro Tlacuilo Pérez
Jefe del Departamento de Organización y Sistemas

APROBÓ

C.P. María Guadalupe Zamora Rodríguez
Directora de Administración

Dr. Luis Enrique Díaz Pérez
Director de Infraestructura y Desarrollo

AUTORIZÓ

Dr. Rene Lima Morales
Secretario de Salud y
Director General de Salud de Tlaxcala

CONTENIDO

1. Introducción..... 3

2. Marco Jurídico Administrativo..... 4

3. Relación de procedimientos..... 6

4. Políticas de calidad..... 6

5. Descripción de procedimientos..... 7

5.1 Procedimiento para el Reclutamiento y Selección de Personal..... 7

5.2 Procedimiento para la Contratación de Servicios..... 12

5.3 Procedimiento para el Ingreso laboral a Salud de Tlaxcala..... 18

5.4 Procedimiento para la integración y trámite de pago de la nómina..... 26

5.5 Procedimiento de Movimientos de personal..... 35

6. Anexos..... 42

7. Glosario..... 73

1. Introducción

El presente manual administrativo documenta la acción organizada para dar cumplimiento a los objetivos del Departamento de Recursos Humanos, empleando los elementos suficientes para llevar a cabo de manera óptima los procesos de reclutamiento y selección, contratación de servicios, ingreso laboral, integración y trámite de pago de la nómina y movimientos del personal, siendo los anteriores procesos sustantivos para la administración de los recursos humanos, el presente manual constituye una herramienta administrativa dirigida a mejorar la coordinación entre las diferentes unidades involucradas, con el objetivo de elevar la calidad del servicio que se brinda a la población a través del recurso humano que ingresa a este Organismo Público Descentralizado Salud de Tlaxcala.

2. Marco Jurídico Administrativo

Disposiciones Constitucionales Federales

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; D.O.F 05-02-1917
2. Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Tlaxcala; P.O.E. 16-09-1918

Leyes Federales

1. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; D.O.F 29-12-1976
2. Ley de Planeación; D.O.F 05-01-1983
3. Ley General de Salud; D.O.F 07-02-1984
4. Ley Federal del Procedimiento Administrativo; D.O.F 04-08-1994
5. Ley Federal del Trabajo; D.O.F. 01-04-1970
6. Ley General de Responsabilidades Administrativas; D.O.F 18-07-2016
7. Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado; D.O.F. 28-12-1963
8. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; D.O.F. 31-03-2007

Leyes Estatales

1. Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Tlaxcala; P.O.E. 31-03-1998
2. Ley de Salud del Estado de Tlaxcala; P.O.E. 10-11-2000
3. Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Tlaxcala; .O.E. 30-12-2003
4. Ley del Procedimiento Administrativo del Estado de Tlaxcala y sus Municipios; P.O.E. 26-10-2001
5. Ley Laboral de los Servidores Públicos del Estado de Tlaxcala y sus Municipios; P.O.E. 31-12-2007

Códigos Federales

1. Código Fiscal de la Federación; D.O.F 31-12-1981

Códigos Estatales

1. Código Financiero para el Estado de Tlaxcala y sus Municipios; P.O.E. 31-12-2002

Reglamentos Federales

1. Reglamento de Escalafón
2. Reglamento de Escalafón de la Secretaría de Salud
3. Reglamento de Productividad
4. Reglamento de Vestuario y Equipo
5. Reglamento de Becas

Reglamentos Estatales:

1. Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado Salud de Tlaxcala; P.O.E. 14-12-2016

Acuerdos Estatales:

1. Acuerdo que establece los Lineamientos y Políticas Generales del Ejercicio del Presupuesto, las Medidas de Mejora y Modernización, así como de Austeridad del Gasto Público de la Gestión Administrativa; P.O.E. 15-02-2018
2. Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud

Lineamientos Federales:

1. Lineamientos para el Manejo, Uso y Conservación del Expediente Único de Personal de la Secretaría de Salud

3.- Relación de Procedimientos

Proceso:

Controlar los recursos humanos adscritos al Organismo mediante el reclutamiento, selección, contratación e ingreso de personal, así como la integración de nómina y pagos oportunos de la misma, igualmente los diferentes movimientos de personal que inciden en ella, en cumplimiento con las disposiciones vigentes y aplicables.

Procedimientos:

1. Procedimiento para el Reclutamiento y Selección de Personal
2. Procedimiento para la Contratación de Servicios
3. Procedimiento para el Ingreso Laboral a Salud de Tlaxcala
4. Procedimiento para la Integración y Trámite de Pago de la Nómina
5. Procedimiento de Movimientos de Personal

4.- Políticas de Calidad

1. La Dirección de Administración, será la responsable de vigilar el cumplimiento del presente Manual.
2. El Departamento de Recursos Humanos, será el responsable de supervisar que se realicen las acciones descritas en el presente Manual.
3. Las Oficinas de Relaciones Laborales; Planeación y Control del Personal; y Administración de Nóminas son las responsables del cumplimiento de las actividades descritas en este Manual.
4. Cumplir con los criterios establecidos en la normatividad vigente y aplicable en materia de movimientos de personal.
5. Cumplir con los criterios establecidos en la normatividad vigente y aplicable respecto a la integración, pago y comprobación de nóminas del personal del Organismo.

5.- Descripción de Procedimientos

5.1 Procedimiento para el Reclutamiento y Selección de Personal

1. Objetivo

Establecer los criterios administrativos para integrar a los candidatos a la bolsa de trabajo institucional con la finalidad de crear un grupo de aspirantes disponibles para ocupar algún cargo o contrato en el área médica o administrativa para Salud de Tlaxcala.

2. Alcance

- Dirección General
- Dirección de Atención Primaria a la Salud
- Dirección de Atención Especializada a la Salud
- Dirección de Infraestructura y Desarrollo
- Departamento de Asuntos Jurídicos
- Comisión Estatal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (COEPRIST)
- Comisión de Bioética del Estado de Tlaxcala (COBIET)
- Dirección de Administración
- Departamento de Recursos Humanos
- Sección XXVII del S.N.T.S.A
- Unidades Administrativas y Médicas

3. Políticas de operación

a) El Organismo a través del Departamento de Recursos Humanos, contará con una bolsa de trabajo, la cual deberá estar integrada con al menos la siguiente información:
   - Nombre del candidato
   - Grado académico
   - Teléfono y domicilio
   - Curriculum

b) El Jefe (a) de la Oficina de Planeación y Control de Personal deberá actualizar la bolsa de trabajo cada 3 meses.

c) Sólo podrán incorporarse los Curriculums que sean entregados de forma personal por el interesado en la Oficina de Planeación y Control de Personal o mediante oficio por las unidades administrativas y/o médicas dirigido al Departamento de Recursos Humanos y/o a la Dirección de Administración.
d) Las solicitudes de contrato podrán ser suscritas por el Secretario (a) de Salud y Director (a) General, Directores(as) de las áreas administrativas y/o médicas(áreas solicitantes), dichas solicitudes deberán estar acompañadas de la siguiente información: breve justificación del requerimiento de personal, nombre del candidato (a), función, lugar de servicio y fecha de ingreso sugerida, curriculum, copia de identificación oficial, en su caso copia título y cédula profesional o cualquier otro documento que acredite el nivel máximo de estudios.
e) Los incisos c y d, en ningún caso generan un compromiso de ingreso o contratación, sino de incorporación del candidato (a) a la bolsa de trabajo.
f) Sólo se incorporarán a la bolsa de trabajo los perfiles afines al Catálogo Sectorial de Puestos de la Secretaría de Salud.
g) El interesado (a), no se considerará como candidato (a) para ingreso o contratación, si éste (a), actualmente se encuentra contratado en algún programa Estatal o Federal.
h) El Jefe (a) de la Oficina de Planeación y Control de personal seleccionará al candidato de contrato aplicando los siguientes criterios.

- Cubra el perfil al Catálogo Sectorial de Puestos
- Disponibilidad Presupuestal
- Criterios de contratación establecidos por los programas Federales y Estatales
- Experiencia Laboral
- Resultado de los exámenes de selección que en su caso se apliquen

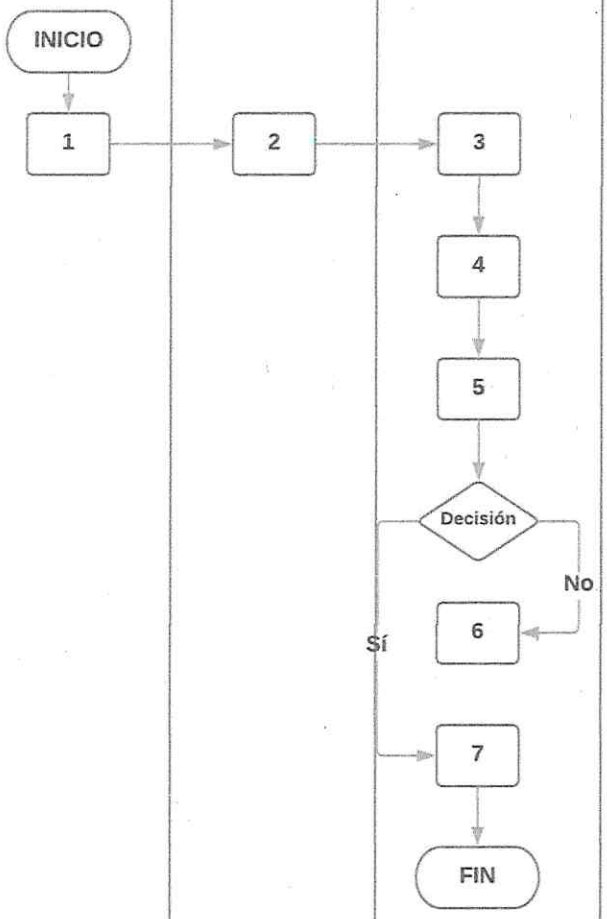
4. Referencias normativas

- Catálogo Sectorial de Puestos de la Secretaría de Salud
- Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado Salud de Tlaxcala

5. Descripción de actividades

Procedimiento para el Reclutamiento y Selección de Personal		
RESPONSABLE	**No**	**DESCRIPCIÓN**
Interesado (a) o Áreas Administrativas	1	Entrega Currículum y/o Oficio
Jefe (a) del Departamento de Recursos Humanos	2	Turna oficio con currículum vitae
Jefe (a) de Oficina de Planeación y Control de Personal	3	Recibe Curriculums y turna al personal de Planeación y Control de Personal para su revisión y de conformidad con las políticas, c, d, e, f y g, registra en la base de datos de la bolsa de trabajo del Organismo
Personal de la Oficina de Planeación y Control de Personal	4	Remite vía correo electrónico al Jefe (a) de Oficina de Control de Personal para su conocimiento
Jefe (a) de Oficina de Planeación y Control de Personal	5	Revisa las solicitudes de personal, y selecciona el perfil del candidato (a) para contrato de acuerdo a la política h ¿Solicitud procede? No, continua con el paso 6 Sí, continua con el paso 7
Jefe (a) de Oficina de Planeación y Control de Personal	6	Elabora oficio mediante el cual se notifica al área solicitante la improcedencia de su solicitud, rubrica y turna para la suscripción de su superior jerárquico y posterior envío
Jefe (a) de Oficina de Planeación y Control de Personal	7	Turna al personal su cargo para el trámite de contratación
FIN DEL PROCEDIMIENTO		

6. Diagrama de flujo

INTERESADO (A) O ÁREAS ADMINISTRATIVAS	JEFE (A) DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	JEFE (A) DE LA OFICINA DE PLANEACIÓN Y CONTROL DE PERSONAL	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
			1.- Entrega Currículum y/o Oficio. 2.- Turna oficio con currículum vitae. 3.- Recibe Curriculums y turna al personal de Planeación y Control de Personal para su revisión y de conformidad *con las políticas, c, d, e, f y g,* registra en la base de datos de la bolsa de trabajo del Organismo. 4.- Remite vía correo electrónico al Jefe (a) de Oficina de Control de Personal para su conocimiento. 5.- Revisa las solicitudes de personal, y selecciona el perfil del candidato (a) para contrato de acuerdo a la política h. ¿Solicitud procede? No, continua con el paso 6 Sí, continua con el paso 7 6.- Elabora oficio mediante el cual se notifica al área solicitante la improcedencia de su solicitud, rubrica y turna para la suscripción de su superior jerárquico y posterior envío. 7.- Turna al personal su cargo para el trámite de contratación.

7. Formatos

No Aplica

5.2 Procedimiento para la Contratación de Servicios

1. Objetivo

Reforzar la plantilla de personal, mediante la contratación de servicios a efecto de coadyuvar con las funciones de Salud de Tlaxcala.

2. Alcance

- Dirección General
- Dirección de Atención Primaria a la Salud
- Dirección de Atención Especializada a la Salud
- Dirección de Infraestructura y Desarrollo
- Departamento de Asuntos Jurídicos
- Comisión Estatal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (COEPRIST)
- Comisión de Bioética del Estado de Tlaxcala (COBIET)
- Dirección de Administración
- Departamento de Recursos Humanos
- Oficina de Planeación y Control de Personal
- Oficina de Relaciones Laborales
- Oficina de Administración de Nóminas
- Unidades Administrativas y Médicas

3. Políticas de operación

a) Los candidatos (as) que desempeñen funciones y actividades profesionales de la rama médica y paramédica deberán contar con cédula profesional expedida por las autoridades educativas competentes.
b) Los formatos de Contrato, deberán ser validados por el Departamento de Asuntos Jurídicos.
c) Las causales que justifican la contratación son las siguientes: defunción, renuncia, recisión del contrato, conforme a: disponibilidad presupuestal y necesidad del servicio manifiesta por las unidades administrativas y/o médicas.
d) Previo a la firma del contrato el candidato (a) a prestador de servicios deberá integrar y entregar los documentos establecidos en el Formato de Requisitos de Ingreso.
e) El periodo de contratación de la prestación de servicios sólo podrá iniciar los días 1 y 16 del mes que se trate.

f) Los trámites administrativos subsecuentes a la firma de un contrato, se detallan a continuación; será responsabilidad del Jefe (a) de la Oficina de Planeación y Control de Personal la de instruir y supervisar su inicio y conclusión.

- Elaboración de Contrato imprime 2 tantos.
- Elaboración del Kardex conforme a los documentos presentados por el prestador (a) de Servicios, solicitando nombre completo, firma autógrafa y escriba la leyenda "los datos asentados en este Kardex son ciertos y constituyen los antecedentes del o la suscrito".
- Apertura y asignación de folio de Expediente Único.
- Elaboración del oficio de presentación.
- En su caso elaboración de escrito "Protesta de decir verdad" mediante el cual el prestador (a) de servicios manifiesta que no tiene un empleo en la Administración Pública.
- Elaboración de Carta compromiso de cumplimiento al Código de Ética y de Conducta, los cuales se hacen de su conocimiento y se proporciona la liga del portal de internet en la que debe consultar.
- Escrito para apertura de cuenta bancaria.
- Cualquier otro documento y/o información que de acuerdo a las reglas de operación de los programas Federales y Estatales así lo requieran.

g) El prestador (a) de servicios, deberá presentarse en el lugar y fecha que se indique en el oficio de presentación.

h) Las solicitudes de contrato podrán ser suscritas por el Secretario (a) de Salud y Director (a) General, Directores (as) de las áreas médicas y administrativas (áreas solicitantes), dichas solicitudes deberán estar acompañadas de la siguiente información: breve justificación del requerimiento de personal, nombre del candidato (a), función, lugar de servicio y fecha de ingreso sugerida, curriculum, copia de identificación oficial, en su caso copia título y cédula profesional o cualquier otro documento que acredite el nivel máximo de estudios.

4. Referencias normativas

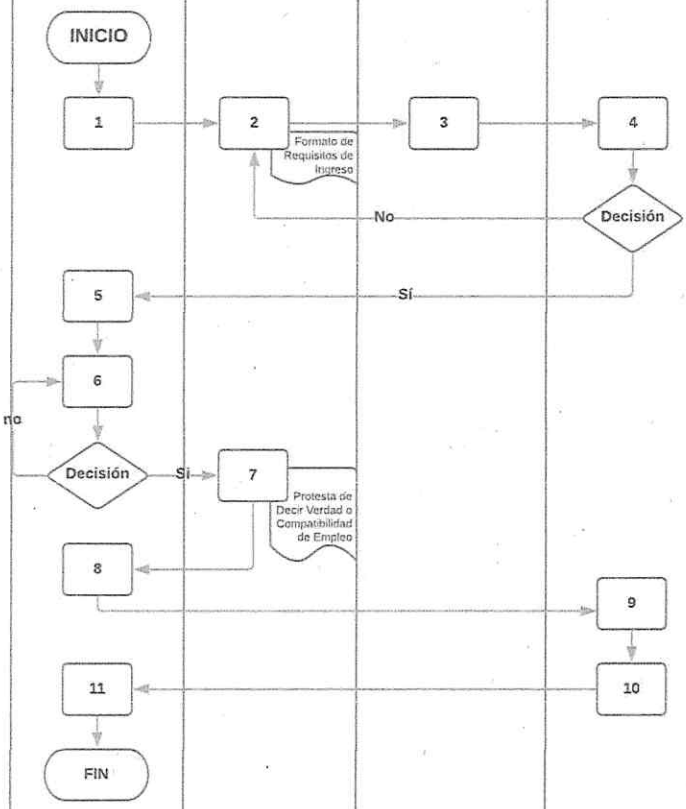
- Reglamento Interno del Organismo Público Descentralizado Salud de Tlaxcala
- Criterios de contratación por fuente de financiamiento, vigentes
- Código Civil Federal.

5. Descripción de actividades

Procedimiento de Contratación de Servicios		
RESPONSABLE	**No**	**DESCRIPCIÓN**
Jefe (a) de la Oficina de Planeación y Control de Personal	1	Turna al personal de la Oficina de Planeación y Control de Personal, la solicitud recibida y revisada en el procedimiento de reclutamiento y selección.
Personal de la Oficina de Planeación y Control de Personal	2	Convoca vía telefónica al Candidato (a) para solicitar se presente con la documentación original y copias establecidas en el Formato de Requisitos de Ingreso.
Candidato (a)	3	Entrega original y copia de la documentación solicitada.
Personal de la Oficina de Planeación y Control de Personal	4	Recibe y coteja documentación solicitada. En el caso de • Cédula Profesional • RFC • CURP Deberá anexarse copia de la verificación realizada en los portales oficiales que para el efecto se encuentren disponibles ¿La documentación está completa y correcta? No, regresa con la actividad 2 Sí, continua con la actividad 5
Jefe (a) de la Oficina de Planeación y Control de Personal	5	Instruye al personal a su cargo, realizar los trámites administrativos detallados en la política f.
Jefe (a) de la Oficina de Planeación y Control de Personal	6	Revisa contrato ¿Es correcto? Si continua con actividad 7 No regresa a la actividad 5
Personal de la Oficina Planeación y Control de Personal	7	Convoca vía telefónica al prestador de servicios para la firma de • Contrato • Kardex • Carta Compromiso al cumplimiento del Código de Ética y de Conducta • Escrito de Protesta de decir verdad (o hace entrega del Formato de Compatibilidad)

Jefe (a) de la Oficina de Planeación y Control de Personal	8	Elabora y rubrica oficio dirigido al apoderado legal del Organismo para la suscripción del Contrato, lo somete a la consideración de su superior jerárquico.
Jefe (a) del Departamento de Recursos Humanos	9	Suscribe oficio del envío de contrato y devuelve a la Oficina de Planeación y Control de Personal, para su gestión.
Jefe (a) del Departamento de Recursos Humanos	10	Suscribe oficio de presentación, para su envío a la unidad administrativa o médica solicitante.
Jefe (a) de la Oficina de Planeación y Control de Personal	11	Instruye el alta en el sistema de pago.
FIN DEL PROCEDIMIENTO		

6. Diagrama de flujo

JEFE (A) DE LA OFICINA DE PLANEACIÓN Y CONTROL DE PERSONAL	PERSONAL DE LA OFICINA DE PLANEACIÓN Y CONTROL DE PERSONAL	CANDIDATO (A)	JEFE (A) DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
				1.- Turna al personal de la Oficina de Planeación y Control de Personal, la solicitud recibida y revisada en el procedimiento de reclutamiento y selección. 2.- Convoca vía telefónica al Candidato (a) para solicitar se presente con la documentación original y copias establecidas en el Formato de Requisitos de Ingreso. 3.- Entrega original y copia de la documentación solicitada. 4.- Recibe y coteja documentación solicitada. En el caso de · Cédula Profesional · RFC · CURP Deberá anexarse copia de la verificación realizada en los portales oficiales que para el efecto se encuentren disponibles ¿La documentación está completa y correcta? No, regresa con la actividad 2 Sí, continua con la actividad 5 5.- Instruye al personal a su cargo, realizar los trámites administrativos detallados en la política f . 6.- Revisa contrato ¿Es correcto? Si continua con actividad 7 No regresa a la actividad 5 7.- Convoca vía telefónica al prestador de servicios para la firma de · Contrato · Kardex · Carta Compromiso al cumplimiento del Código de Ética y de Conducta Escrito de Protesta de decir verdad (o hace entrega del Formato de Compatibilidad) 8.- Elabora y rubrica oficio dirigido al apoderado legal del Organismo para la suscripción del Contrato, lo somete a la consideración de su superior jerárquico. 9.- Suscribe oficio del envío de contrato y devuelve a la Oficina de Planeación y Control de Personal, para su gestión. 10.- Suscribe oficio de presentación, para su envío a la unidad administrativa o médica solicitante. 11.- Instruye el alta en el sistema de pago.

7. Formatos

1. Formato de Requisitos de Ingreso
2. Compatibilidad de empleo
3. Protesta de decir verdad

5.3 Procedimiento para el Ingreso Laboral a Salud de Tlaxcala

1. Objetivo

Conducir el cumplimiento de los trámites administrativos para el ingreso laboral a Salud de Tlaxcala, con el fin de garantizar la pronta incorporación a las actividades laborales.

2. Alcance

- Dirección General
- Dirección General
- Dirección de Atención Primaria a la Salud
- Dirección de Atención Especializada a la Salud
- Dirección de Infraestructura y Desarrollo
- Departamento de Asuntos Jurídicos
- Comisión Estatal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (COEPRIST)
- Comisión de Bioética del Estado de Tlaxcala (COBIET)
- Dirección de Administración
- Departamento de Recursos Humanos
- Sección XXVII del S.N.T.S.A
- Unidades Administrativas y Médicas

3. Políticas de operación

a) La Oficina de Relaciones Laborales es la única responsable de la elaboración del Nombramiento, Kardex Laboral, Gafete de Identificación, Seguro de Vida Institucional y Aviso de Alta del Trabajador ante el I.S.S.S.T.E.
b) Los nombramientos se deben expedir únicamente en los formatos establecidos por la Dirección de Administración, mismos que serán validados por el Departamento de Asuntos Jurídicos, conforme a las disposiciones establecidas en los ordenamientos legales en la materia.
c) El nombramiento se debe elaborar conforme a la indicación establecida, para el otorgamiento de la plaza vacante que va ocupar el Trabajador (a) de nuevo ingreso.
d) El nombramiento debe especificar: datos personales, clave presupuestal, función, tipo de nombramiento, fecha de ingreso y lugar de adscripción.
e) El Formato del Seguro de Vida Institucional se debe requisitar en letra de molde, a máquina o impreso por computadora, por el Trabajador (a) en el formato autorizado por la Aseguradora contratada o por la Secretaría de Salud Federal,

especificando primordialmente: R.F.C., C.U.R.P., nombre completo, fecha de ingreso, beneficiarios, porcentaje de participación, firma y fecha de emisión.

f) El Gafete de Identificación se debe tramitar en el formato autorizado por la Dirección de Administración, considerando: nombre del trabajador (a), función, unidad de adscripción, tipo de contratación, vigencia y firmas,
g) Al recibir su Gafete el trabajador (a) deberá acusar de recibido y firmar la Carta compromiso de uso y devolución del mismo, el trabajador(a) deberá portar su Gafete de forma permanente durante su jornada laboral y colocársela en un lugar visible.
h) El Responsable de Movimiento ante el I.S.S.S.T.E., deberá elaborar el Aviso de Alta del Trabajador (a) en el formato autorizado por el Instituto, conforme al Reglamento establecido en la materia.
i) Una vez notificado el nombramiento, el Trabajador (a) debe presentarse con el Titular (a) de su unidad de adscripción, a más tardar el siguiente día laborable, para el desarrollo de las funciones conforme al código funcional otorgado.
j) La solicitud de nombramiento para la ocupación de una plaza se realizará invariablemente atendiendo sobre la base de la plantilla autorizada y que la plaza se encuentre dentro del catálogo de puestos y nivel de atención del servicio.
k) El Departamento de Recursos Humanos entregará al trabajador (a) el nombramiento provisional desde su ingreso y en su caso, lo ratificará con el nombramiento definitivo una vez transcurridos 6 meses un día de cumplimiento laboral por parte del Trabajador.
l) Las solicitudes de ingreso de personal podrán ser suscritas por el Secretario (a) de Salud y Director (a) General, Directores (as) de las áreas médicas y administrativas y Titular de la Secretaría General del Sindicato a través de la Dirección General (áreas solicitantes), dichas solicitudes deberán estar acompañadas de la siguiente información: breve justificación del requerimiento de personal, nombre del candidato (a), función, adscripción, plaza y fecha de ingreso sugerida, curriculum, copia de identificación oficial, en su caso copia título y cédula profesional o cualquier otro documento que acredite el nivel máximo de estudios
m) Una vez autorizado el ingreso, el candidato (a) deberá entregar la información y documentación que señala el Formato de Requisitos de Ingreso para el personal provisional, confianza e interino.
n) Las causales que justifican el ingreso de personal son las siguientes: jubilación, defunción, renuncia, abandono de empleo, recisión laboral, licencias sin goce de sueldo (interinato), proceso jurídico (interinato), plaza de nueva creación (por la

Federación), conforme a: disponibilidad presupuestal, plantilla de personal, Reglamento de Escalafón.

o) Los tipos de nombramiento que se manejarán son los siguientes
   - Provisional
   - Interinato
   - Confianza

p) Los trámites administrativos subsecuentes a la firma de un nombramiento por parte del (la) Titular del Organismo, se detallan a continuación; será responsabilidad del Jefe (a) de la Oficina de Relaciones Laborales la de instruir y supervisar su inicio y conclusión
   - Registro del nombramiento.
   - Elaboración del Kardex conforme a los documentos presentados por el Trabajador, solicitándole al Trabajador(a) nombre completo, firma autógrafa y escriba la leyenda "los datos asentados en este Kardex son ciertos y constituyen los antecedentes del o la suscrito".
   - La elaboración Formato de Movimientos Laborales por tipo de contratación (firman quién lo elabora, Jefe (a) de Oficina de Relaciones Laborales y Jefe (a) del Departamento de Recursos Humanos).
   - Movimiento de Alta al I.S.S.S.T.E. imprime 4 tantos (recaba firma del Jefe (a) del Departamento de RH y del trabajador (a)), el trámite la alta deberá cumplirse en tiempo y forma de acuerdo a la normativa del I.S.S.S.T.E.
   - Tramita el Seguro de Vida Institucional de acuerdo a la política f (imprime 2 tantos).
   - Elaboración de Gafete de Identificación y trámite con el trabajador (a).
   - Registro en plantilla de personal.
   - Apertura y asignación de folio de Expediente Único de personal.
   - Elaboración del oficio de presentación.
   - Elaboración de escrito "Protesta de decir verdad" mediante el cual el trabajador (a) manifiesta que no tiene otro empleo en la Administración Pública.
   - Elaboración de Carta compromiso de cumplimiento al Código de Ética y de Conducta, los cuales se hacen de su conocimiento y se proporciona la liga del portal de internet en la que debe consultar.
   - Escrito para apertura de cuenta bancaria.
   - Y cualquier otro documento que de acuerdo a las reglas de operación de los programas Federales y Estatales así lo requieran.

4. Referencias normativas

- Ley del I.S.S.ST.E.
- Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del apartado B del artículo 123 Constitucional
- Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud
- Catálogo Institucional de Puestos de la Secretaría de Salud

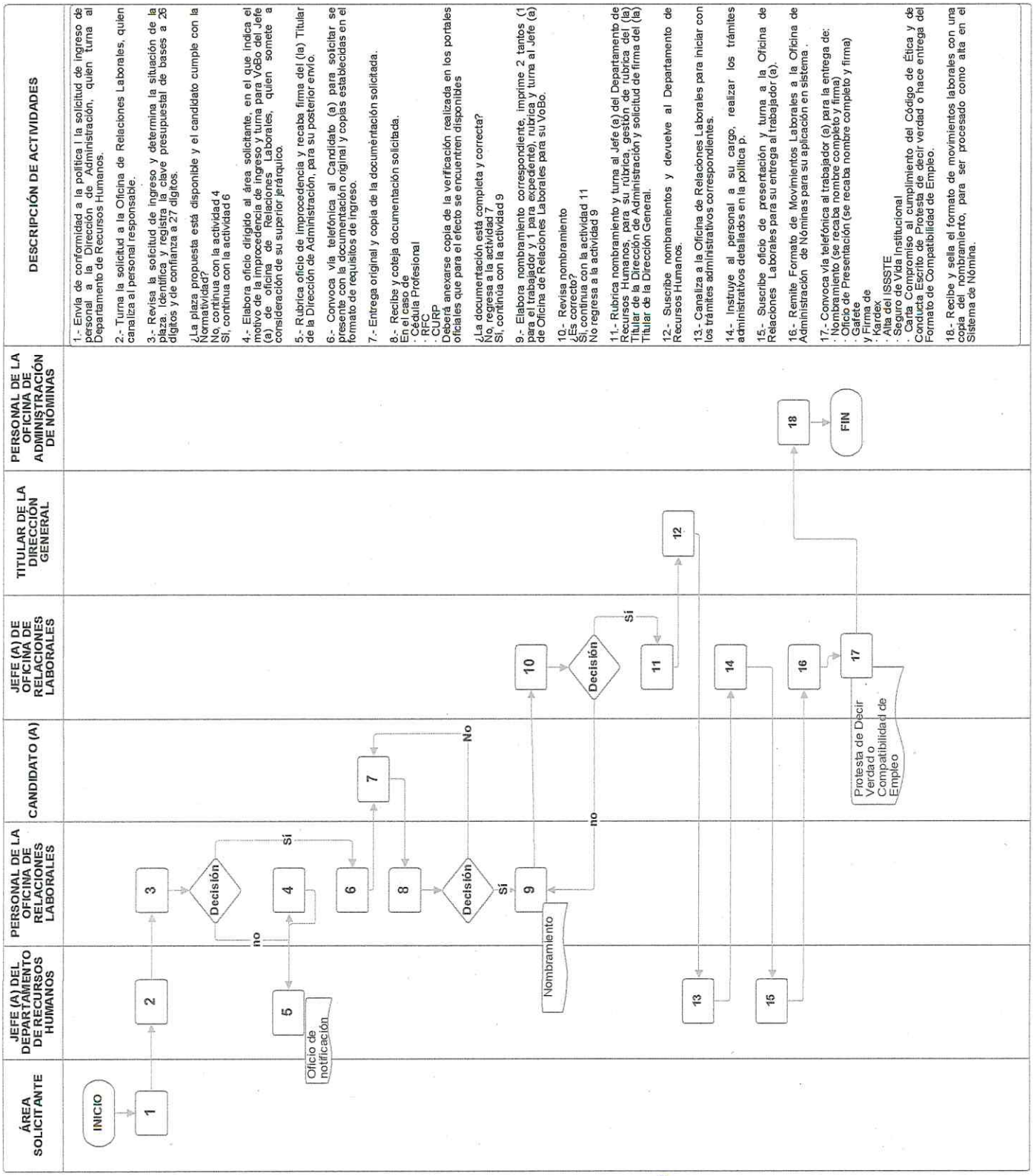
5. Descripción de actividades

Procedimiento para el Ingreso Laboral a Salud de Tlaxcala		
RESPONSABLE	**No**	**DESCRIPCIÓN**
Área solicitante	1	Envía de conformidad a la política l) la solicitud de ingreso de personal a la Dirección de Administración, quien turna al Departamento de Recursos Humanos.
Jefe (a) del Departamento de Recursos Humanos	2	Turna la solicitud a la Oficina de Relaciones Laborales, quien canaliza al personal responsable.
Personal de la Oficina de Relaciones Laborales	3	Revisa la solicitud de ingreso y determina la situación de la plaza. Identifica y registra la clave presupuestal de bases a 26 dígitos y de confianza a 27 dígitos. ¿La plaza propuesta está disponible y el candidato cumple con la Normatividad? No, continua con la actividad 4 Sí, continua con la actividad 6
Personal de la Oficina de Relaciones Laborales	4	Elabora oficio dirigido al área solicitante, en el que indica el motivo de la improcedencia de ingreso y turna para Vo. Bo. del Jefe (a) de Oficina de Relaciones Laborales, quien somete a consideración de su superior jerárquico.
Jefe (a) del Departamento de Recursos Humanos	5	Rubrica oficio de improcedencia y recaba firma del (la) Titular de la Dirección de Administración, para su posterior envío.
Personal de la Oficina de Relaciones Laborales	6	Convoca vía telefónica al Candidato (a) para solicitar se presente con la documentación original y copias establecidas en el formato de requisitos de ingreso.
Candidato (a)	7	Entrega original y copia de la documentación solicitada.

Personal de la Oficina de Relaciones Laborales	8	Recibe y coteja documentación solicitada. En el caso de • Cédula Profesional • RFC • CURP Deberá anexarse copia de la verificación realizada en los portales oficiales que para el efecto se encuentren disponibles ¿La documentación está completa y correcta? No, regresa a la actividad 7 Sí, continúa con la actividad 9
Personal de la Oficina de Relaciones Laborales	9	Elabora nombramiento correspondiente, imprime 2 tantos (1 para el trabajador y 1 para expediente), rubrica y turna al Jefe (a) de Oficina de Relaciones Laborales para su Vo. Bo.
Jefe (a) Oficina de Relaciones Laborales	10	Revisa nombramiento. ¿Es correcto? Si, continua con la actividad 11 No regresa a la actividad 9
Jefe (a) Oficina de Relaciones Laborales	11	Rubrica nombramiento y turna al Jefe (a) del Departamento de Recursos Humanos, para su rúbrica, gestión de rubrica del (la) Titular de la Dirección de Administración y solicitud de firma del (la) Titular de la Dirección General.
Titular de la Dirección General	12	Suscribe nombramientos y devuelve al Departamento de Recursos Humanos.
Jefe (a) del Departamento de Recursos Humanos	13	Canaliza a la Oficina de Relaciones Laborales para iniciar con los trámites administrativos correspondientes.
Jefe (a) Oficina de Relaciones Laborales	14	Instruye al personal a su cargo, realizar los trámites administrativos detallados en la política p.
Jefe (a) del Departamento de Recursos Humanos	15	Suscribe oficio de presentación y turna a la Oficina de Relaciones Laborales para su entrega al trabajador (a).
Jefe (a) Oficina de Relaciones Laborales	16	Remite Formato de Movimientos Laborales a la Oficina de Administración de Nóminas para su aplicación en sistema.
Personal de la Oficina de Relaciones Laborales	17	Convoca vía telefónica al trabajador (a) para la entrega de: • Nombramiento (se recaba nombre completo y firma)

		• Oficio de Presentación (se recaba nombre completo y firma) • Gafete Y Firma de • Kardex • Alta del I.S.S.S.T.E. • Seguro de Vida Institucional • Carta Compromiso al cumplimiento del Código de Ética y de Conducta • Escrito de Protesta de decir verdad o hace entrega del Formato de Compatibilidad de Empleo
Jefe (a) de la Oficina de Administración de Nóminas	18	Recibe y sella el formato de movimientos laborales con una copia del nombramiento, para ser procesado como alta en el Sistema de Nómina.
FIN DEL PROCEDIMIENTO		

6. Diagrama de Flujo



7. Formatos

1. Formato de Requisitos de Ingreso
2. Aviso de Alta del Trabajador ante el I.S.S.S.T.E
3. Seguro de Vida Institucional.
4. Compatibilidad de empleo
5. Protesta de decir verdad

5.4 Procedimiento para la Integración y Trámite de Pago de la Nómina

1. Objetivo

Aplicar en tiempo y forma en apego a las disposiciones aplicables, los movimientos requeridos, que afectan las percepciones o deducciones en las remuneraciones de pago de personal del Organismo.

2. Alcance

- Dirección de Atención Primaria a la Salud
- Dirección de Atención Especializada a la Salud
- Dirección de Infraestructura y Desarrollo
- Dirección de Administración
- Departamento de Recursos Humanos
- Oficina de Administración de Nóminas
- Oficina de Planeación y Control de Personal
- Oficina de Relaciones Laborales
- Departamento de Planeación y Finanzas
- Oficina de Tesorería y Caja
- Oficina de Planeación y Egresos
- Oficina de Contabilidad

3. Políticas de operación

a) Es responsabilidad del Jefe (a) de Oficina de Administración de Nómina y del Jefe (a) de Oficina de Planeación y Control de Personal a través del personal del área que corresponda la correcta aplicación y registro en el sistema de nóminas de movimientos, incidencias, descuentos y adeudos así como de las prestaciones del personal dando el debido cumplimiento a los calendarios establecidos.

b) Es responsabilidad del Jefe (a) de Oficina de Administración de Nómina el llevar el control presupuestal del capítulo 1000.

c) Es responsabilidad del Jefe (a) de la Oficina de Relaciones Laborales la entrega de movimientos de personal en el formato establecido para tal efecto.

d) Es responsabilidad del Titular del Departamento de Planeación y Finanzas a través de la Oficina de Tesorería y Caja, dispersar los pagos por concepto de percepciones

del personal del Organismo, así como de los prestadores de Programas Estatales y Federales que lo conformen.

e) El Departamento de Planeación y Finanzas es el responsable de emitir las suficiencias presupuestales respecto al capítulo 1000, según lo programado.

f) Los responsables de Recursos Humanos de las Unidades Médicas y Administrativas deberán realizar la entrega de formatos autorizados debidamente requisitados de incidencias, trimestrales, asistencias perfectas y primas dominicales así como de las bajas en tiempo y forma. Aquellos movimientos que no se encuentren debidamente soportados con la documentación establecida que los avale, no se aplicarán.

g) Los pagos por compromisos fiscales se deberán realizar en tiempo y forma en apego a las disposiciones aplicables.

h) Las dispersiones bancarias o cheques emitidos por concepto de percepciones del personal del Organismo (forma de pago), deberán ser de conocimiento de cada uno de los trabajadores adscritos al Organismo a través de su talón de pago y/o timbrado de nómina.

i) Es responsabilidad de las áreas coordinadoras de programas Estatales y Federales la entrega en tiempo y forma para registro de movimientos de alta y baja de prestadores de servicios así como de incidencias y cambios de adscripción.

j) Es responsabilidad de las áreas coordinadoras de programas Estatales y Federales el cumplimiento cabal de los criterios, lineamientos y demás normatividad que se establezca para el buen manejo de los programas Estatales y Federales.

k) Es responsabilidad de las áreas coordinadoras de programas Estatales y Federales el llevar el control presupuestal otorgado para cada programa así como de las comprobaciones en los sistemas informáticos creados para tal efecto.

4. Referencias normativas

- Ley General de Salud
- Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria
- Ley General de Contabilidad Gubernamental
- Ley de Coordinación Fiscal
- Código Financiero para el Estado de Tlaxcala y sus Municipios
- Acuerdo por el que se expide el Manual de Percepciones de los Servidores Públicos de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal, del ejercicio fiscal que corresponda
- Ley del Impuesto Sobre la Renta

- Condiciones Generales de Trabajo
- Lineamientos Específicos para el Otorgamiento de las Medidas de Fin de Año
- Reglamento d Seguridad e Higiene de la Secretaría de Salud.
- Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
- Catálogo de Puestos y Tabulador de Sueldos y Salarios de la Rama Médica y Paramédica y Grupos Afines
- Tabulador Estatal
- Criterios de contratación Ramo 12

5. Descripción de actividades

Procedimiento para la Integración y Trámite de Pago de la Nómina		
RESPONSABLE	No	DESCRIPCIÓN
Jefe (a) de la Oficina de Planeación y Control de Personal Jefe (a) de la Oficina de Administración de Nómina	1	Recibe las solicitudes de alta, baja, cambios de adscripción, licencias con y sin goce de sueldo, comisiones, promociones, faltas, Pago de Prestaciones y Estímulos establecidos en condiciones Generales de Trabajo, Medidas Extraordinarias Federal y/o Estatal, así como justificantes, incapacidades, deuda con terceros y demás incidencias del personal y turna para registro.
Personal de la Oficina de Planeación y Control de Personal Personal de la Oficina de Administración de Nómina	2	Elaboran Plantilla de Personal por Tipo de Contratación (Confianza, Base Federal, Homologado, Regularizado, Formalizado, Contratos, Suplencias y Honorarios), con datos del personal siendo como mínimos los siguientes: • Nombre Completo • RFC • CURP • Fecha de Ingreso • Tipo de Contratación • Código de Puesto • Centro de Responsabilidad • Clave Presupuestal • Número de Cuenta para dispersión • Percepciones • Detalle de Percepciones • Deducciones • Detalle de Deducciones • Neto al Trabajador o Prestador de Servicios
Jefe (a) del Departamento de Recursos Humanos	3	Recibe Orden de un Juez de lo Familiar, concerniente al Pago de Pensión Alimenticia y turna a la Oficia Correspondiente para la aplicación en nómina.
Personal de la Oficina de Planeación y Control de Personal Personal de la Oficina de Administración de Nómina	4	Por tipo de contrato registra movimientos a las Plantillas de Personal en el Sistema Informático diseñado para tal fin.

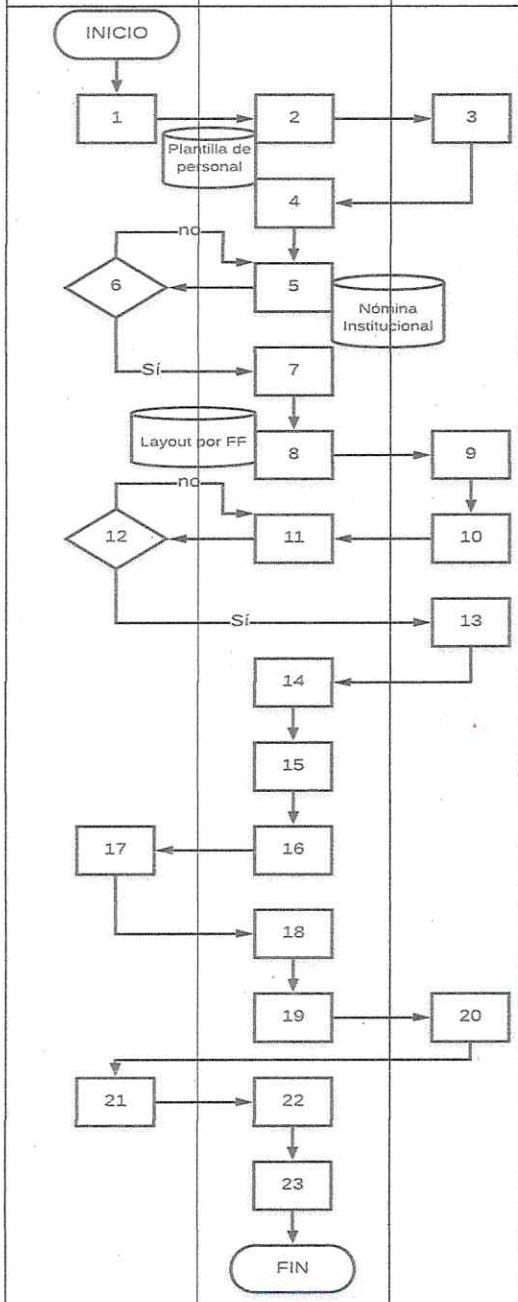
Personal de la Oficina de Planeación y Control de Personal Personal de la Oficina de Administración de Nómina	5	Por tipo de contrato genera la Nómina Institucional (formato electrónico), que deberá contener por lo menos los siguientes campos: • Número de Nómina • Tipo de Nómina (ordinaria o extraordinaria) • Tipo de Pago • Número de Expediente • RFC • CURP • Tipo de Contrato • Nombre completo • Centro de Responsabilidad • Importe (percepciones y deducciones) • Cuenta/Cheque • Año En esta actividad se genera el archivo para envío a la Secretaria de Salud Federal en cumplimiento al Art. 74 de la Ley de Contabilidad Gubernamental (Listado Nominal Layout)
Jefe (a) de la Oficina de Planeación y Control de Personal Jefe (a) de la Oficina de Administración de Nómina	6	Recibe y revisa la Nómina Institucional (formato electrónico). ¿Es correcta? Sí, continúa con la actividad 7 No, regresa a la actividad 5
Personal de la Oficina de Planeación y Control de Personal Personal de la Oficina de Administración de Nómina	7	Por tipo de contrato imprime comprobantes de pago y listados de nómina para la distribución correspondiente a los centros de responsabilidad, así como su devolución dentro del plazo establecido para su resguardo.
Personal de la Oficina de Planeación y Control de Personal Personal de la Oficina de Administración de Nómina	8	Genera Layout de las Nóminas por fuente de financiamiento, tipo de personal y rama.
Jefe (a) del Departamento de Recursos Humanos	9	Solicita mediante Oficio suficiencia presupuestal al Departamento de Planeación y Finanzas por el monto de las Nóminas.

Jefe (a) del Departamento de Recursos Humanos	10	Recibe Suficiencia Presupuestal por el monto de las Nóminas y por fuente de financiamiento.
Personal de la Oficina de Planeación y Control de Personal Personal de la Oficina de Administración de Nómina	11	Elabora Oficios de Solicitud de Pago, adjuntando suficiencia presupuestal y Layout electrónico, dirigido al Departamento de Planeación y Finanzas para la dispersión automatizada de pago y/o dispersión de la nómina.
Jefe (a) de la Oficina de Planeación y Control de Personal Jefe (a) de la Oficina de Administración de Nómina	12	Revisa y valida. ¿Es correcto? Sí, continúa con la actividad 13 No, regresa a la actividad 11
Jefe (a) del Departamento de Recursos Humanos	13	Autoriza y turna a la Oficina de Planeación y Control de Personal y a la Oficina de Administración de Nóminas para su trámite correspondiente.
Personal de la Oficina de Planeación y Control de Personal Personal de la Oficina de Administración de Nómina	14	Notifica al Titular del Departamento de Planeación y Finanzas a través de la Oficina de Tesorería y Caja para la dispersión automatizada de pago y/o dispersión de nómina, según sea el caso.
Personal de la Oficina de Planeación y Control de Personal Personal de la Oficina de Administración de Nóminas	15	Generan archivos electrónicos para el timbrado de Nómina y poner a disposición del trabajador el CFDI y XML que ampara el pago de nómina que se trate.
Personal de la Oficina de Planeación y Control de Personal Personal de la Oficina de Administración de Nómina	16	Registra en el Sistema Integral de Información Financiera el gasto presupuestal generado de capítulo 1000 "Servicios Personales".
Jefe (a) de la Oficina de Administración de Nómina	17	Realiza la conciliación del comportamiento presupuestal contra las nóminas pagadas por fuente de financiamiento, proyecto, partida.
Personal de la Oficina de Administración de Nóminas	18	Genera Notas de Egresos y turna a la Oficina de Planeación y Egresos para pago de las Cuotas Patronales y de Retenciones del I.S.S.S.T.E, SAR FOVISSSTE, Fondo de Ahorro, conforme a los plazos establecidos en la normatividad de cada obligación.

Personal de la Oficina de Planeación y Control de Personal Personal de la Oficina de Administración de Nóminas	19	Se turna la contabilidad de la Nómina por tipo de contratación y fuente de financiamiento, a la Oficina de Contabilidad para la emisión de las Notas de Egreso del pago de terceros institucionales y adeudos de trabajadores con terceros.
Jefe (a) del Departamento de Planeación y Finanzas	20	A través de la Oficina de Contabilidad elabora las Notas de Egreso del pago de terceros institucionales y adeudos de trabajadores con terceros y turna
Jefe (a) de la Oficina de Administración de Nómina	21	Recibe Notas de Egreso del pago a terceros revisa y turna al Jefe (a) del Departamento de Recursos Humanos para que suscriba de validación y turna la Oficina de Contabilidad.
Personal de la Oficina de Planeación y Control de Personal	22	Elabora plantilla de nómina de Programas Estatales y Federales y solicita a los coordinadores de programas comunique a los prestadores de servicios de la firma de conformidad de la nómina.
Personal de la Oficina de Planeación y Control de Personal	23	Solicita validación y firmas de la Plantilla de nómina de Programas Estatales y Federales para la entrega a la coordinación de programas con la finalidad de que realicen comprobación del recurso de conformidad con lo establecido en la normatividad aplicable.
FIN DEL PROCEDIMIENTO		

6. Diagrama de flujo

Jefe (a) de la Oficina de Planeación y Control de Personal	Personal de la Oficina de Planeación y Control de Personal	Jefe (a) Recursos Humanos	Descripción de actividades
Jefe (a) de la Oficina de Administración de Nómina	Personal de la Oficina de Administración de Nómina	Jefe (a) Planeación y Finanzas	



1. Recibe las solicitudes de alta, baja, cambios de adscripción, licencias con y sin goce de sueldo, comisiones, promociones, faltas, Pago de Prestaciones y Estímulos establecidos en condiciones Generales de Trabajo, Medidas Extraordinarias Federal y/o Estata l, así como justificantes, incapacidades, deuda con terceros y demás incidencias del personal y turna para registro.
2. Elaboran Plantilla de Personal por Tipo de Contratación con datos del personal.
3. Recibe Orden de un Juez de lo Familiar, concerniente al Pago de Pensión Alimenticia y turna a la Oficia Correspondiente para la aplicación en nómina.
4. Por tipo de contrato registra movimientos a las Plantillas de Personal en el Sistema Informático diseñado para tal fin.
5. Por tipo de contrato genera la Nómina Institucional (formato electrónico, en esta actividad se genera el archivo para envío a la Secretaria de Salud Federal en cumplimiento al Art. 74 de la Ley de Contabilidad Gubernamental.
6. Recibe y revisa la Nómina Institucional (formato electrónico).
   ¿Es correcta?
   Sí, continúa con la actividad 7
   No, regresa a la actividad 5
7. Por tipo de contrato imprime comprobantes de pago y listados de nómina para la distribución correspondiente a los centr os de responsabilidad, así como su devolución dentro del plazo establecido para su resguardo.
8. Genera Layout de las Nóminas por fuente de financiamiento y tipo de personal.
9. Solicita mediante Oficio suficiencia presupuestal al Departamento de Planeación y Finanzas por el monto de las Nóminas.
10. Recibe Suficiencia Presupuestal por el monto de las Nóminas y por fuente de financiamiento.
11. Elabora Oficios de Solicitud de Pago, adjuntando suficiencia presupuestal y Layout impreso y electrónico, dirigido a la Oficina de Tesorería y Caja para la dispersión automatizada de pago y/o dispersión de nómina.
12. Revisa y valida.
    ¿Es correcto?
    Sí, continúa con la actividad 13
    No, regresa a la actividad 11
13. Autoriza y turna a la Oficina de Planeación y Control de Personal y Oficina de Administración de Nóminas para su trámite correspondiente.
14. Notifica al Titular del Departamento de Planeación y Finanzas a través de la Oficina de Tesorería y Caja para la dispersión automatizada de pago y/o dispersión de nómina, según sea el caso.
15. Generan archivos electrónicos para el timbrado de Nómina y poner a disposición del trabajador el CFDI y XML que ampara el pago de nómina que se trate.
16. Registra en el Sistema Integral de Información Financiera el ga sto presupuestal generado de capítulo 1000 "Servicios Personales".
17. Realiza la conciliación del comportamiento presupuestal contra las nóminas pagadas por fuente de financiamiento, proyecto, partida.
18. Genera Notas de Egresos y turna a la Oficina de Planeació n y Egresos para pago de las Cuotas Patronales y de Retenciones del I.S.S.S.T.E, SAR FOVISSSTE, Fondo de Ahorro, Impuesto Sobre la Renta retenido conforme a los plazos establecidos en la normatividad de cada obligación.
19. Se turna la contabilidad de la Nómin a por tipo de contratación, a la Oficina de Contabilidad para la emisión de las Notas de Egreso del pago de terceros institucionales y adeudos de trabajadores con terceros.
20. La Oficina de Contabilidad elabora las Notas de Egreso del pago de terceros institucionales y adeudos de trabajadores con terceros y turna.
21. Recibe Notas de Egreso del pago a terceros revisa y turna al Jefe (a) del Departamento de Recursos Humanos para que suscriba de validación y turna la Oficina de Contabilidad.
22. Elabora plantilla de nóm ina de Programas Estatales y Federales y solicita a los coordinadores de programas comunique a los prestadores de servicios de la suscripción de conformidad de la nómina.
23. Solicita validación y firmas de la Plantilla de nómina de Programas Estatales y Federal y entrega a la coordinación de programas con la finalidad de que realicen comprobación del recurso de conformidad con lo establecido en la normatividad aplicable.

7. Formatos

1. Plantilla de Personal (electrónico)
2. Nómina Institucional (electrónico)

5.5 Procedimiento de Movimientos de Personal

1. Objetivo

Establecer las actividades de control para la aplicación de movimientos de personal: bajas, cambios de adscripción, comisiones oficiales, promociones, licencias con y sin goce de sueldo, en apego a la normatividad vigente y aplicable.

2. Alcance

- Dirección de Administración
- Departamento de Recursos Humanos
- Oficina de Planeación y Control de Personal
- Oficina de Relaciones Laborales
- Oficina de Administración de Nóminas

3. Políticas de operación

a) El Titular del Departamento de Recursos Humanos es el responsable de recibir de las Unidades Administrativas y Médicas las renuncias de los Servidores Públicos y realizar el trámite de baja.

b) Los cambios de adscripción se realizarán únicamente a solicitud de la Unidad Administrativa y/o Médica que corresponda, de la Representación Sindical y de la Comisión Auxiliar Mixta de Cambios.

c) Las promociones de personal estarán sujetas al Reglamento de Escalafón de la Secretaría de Salud.

d) Las Licencias Sin Goce de Sueldo y Licencias Con Goce de Sueldo, serán autorizadas por el Departamento de Recursos Humanos, previa solicitud del Trabajador y/o Representación Sindical y visto bueno de la Unidad Administrativa y/o Médica que corresponda, con 15 días hábiles de anticipación.

e) Serán catalogados como movimientos de baja los siguientes: renuncia, término de relación laboral, pensión, jubilación, defunción y demás que el Departamento de Recursos Humanos determine.

4. Referencias normativas

- Ley Federal del Trabajo
- Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado
- Ley Laboral de los Servidores Públicos del Estado de Tlaxcala y sus Municipios
- Código Financiero para el Estado de Tlaxcala y sus Municipios
- Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud

5. Descripción de actividades

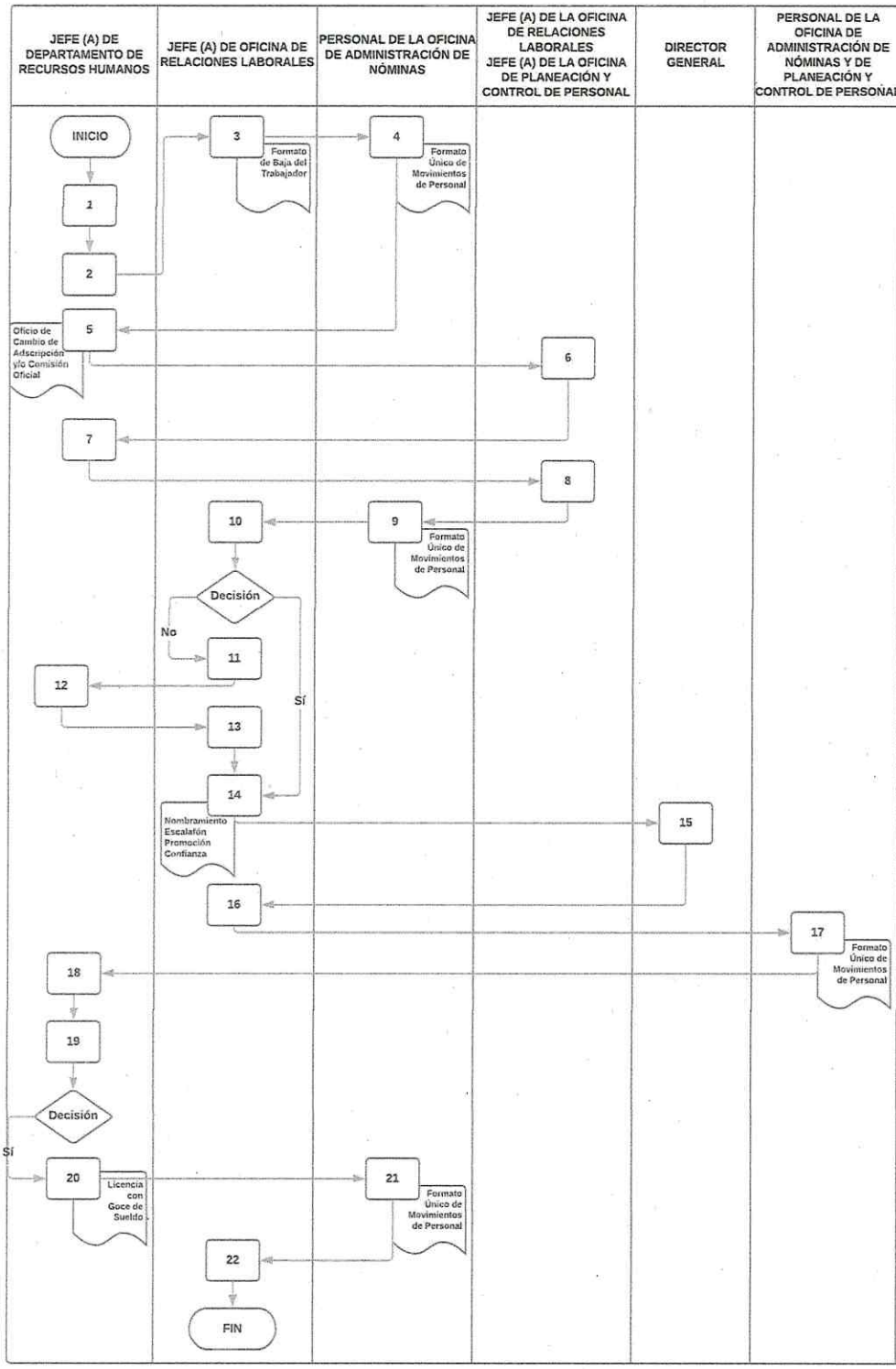
Procedimiento de Movimientos de Personal		
RESPONSABLE	No	DESCRIPCIÓN
Jefe (a) del Departamento de Recursos Humanos	1	Recibe de las Unidades Administrativas y/o Médicas y Representación Sindical Oficio de: a. Renuncia de Servidor Público b. Solicitud o Formato Baja de Trabajador c. Solicitud de Cambio de Adscripción d. Solicitud de Comisión Oficial e. Solicitud o Acta de Promoción de Personal f. Solicitud de Licencia Sin Goce de Sueldo g. Solicitud de Licencia Con Goce de Sueldo
Jefe (a) del Departamento de Recursos Humanos	2	Turna a la Oficina de Relaciones Laborales, para su trámite correspondiente.
Jefe (a) de Oficina de Relaciones Laborales	3	Para el caso de **Renuncia de Servidor Público; Término de Relación Laboral; Pensión, Jubilación y/o Defunción**: Recibe Renuncia o copia de Resolución para el otorgamiento de Pensión y/o Jubilación; Término de relación laboral o copia de Acta de Defunción, informando a la Oficina de Administración de Nóminas para la aplicación de baja, mediante **Formato Baja del Trabajador RH-B-001.**
Personal de la Oficina de Administración de Nóminas	4	Requisita Formato Único de Movimientos de Personal, registra en Sistema de Nómina la vacancia y ejecuta Procedimiento de Integración y Trámite de Pago de la Nómina.

		Turna a Oficina de Relaciones Laborales para su integración al expediente único de personal.
Jefe (a) del Departamento de Recursos Humanos	5	Informa a la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón las vacancias existentes **(ver actividad 10).** Para el caso de personal eventual, deberá informar a la unidad administrativa y/o médica de adscripción para la ocupación o congelación de vacancia.
Jefe (a) de Oficina de Relaciones Laborales Jefe (a) de Oficina de Planeación y Control de Personal	6	Para el caso de **Solicitud de Cambio de Adscripción y Comisión Oficial de Servidores Públicos:** Elabora y tramita **Oficio de Cambio de Adscripción y/o Comisión Oficial** dirigido al Servidor Público que corresponda y somete a consideración de su superior jerárquico.
Jefe (a) del Departamento de Recursos Humanos	7	Recibe, firma y turna **Oficio de Cambio de Adscripción y/o de Comisión Oficial** a las Oficinas de Relaciones Laborales y de Planeación y Control de Personal, así como a la Oficina de Administración de Nóminas para su trámite correspondiente.
Jefe (a) de Oficina de Relaciones Laborales Jefe (a) de Oficina de Planeación y Control de Personal	8	Recibe Oficio de Cambio de Adscripción y/o Comisión Oficial firmado y notifica al Servidor Público que corresponda y archiva en Expediente Único de Personal.
Personal de la Oficina de Administración de Nóminas	9	Requisita **Formato Único de Movimientos de Personal**, registra en Sistema de Nómina el cambio en centro de responsabilidad y turna a la Oficina de Relaciones Laborales para su integración al Expediente Único de Personal.
Jefe (a) de Oficina de Relaciones Laborales	10	Para el caso de **Promoción de Personal:** Recibe la propuesta de Promoción de Personal de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón y aplica el Reglamento de Escalafón. En lo que se refiere a ocupar puestos de confianza, recibe propuesta de Director (a) de Área y/o Dirección General.

		¿Existe plaza vacante? Sí, continúa con la actividad 14 No, continúa con la actividad 11
Jefe (a) de Oficina de Relaciones Laborales	11	Elabora Oficio notificando a la Unidad solicitante la improcedencia de su solicitud, por la inexistencia de plazas vacantes o por observaciones al cumplimiento del Reglamento de Escalafón y somete a consideración del Departamento de Recursos Humanos.
Jefe (a) del Departamento de Recursos Humanos	12	Revisa el Oficio de Improcedencia. ¿Es correcto? Sí, firma No, regresa a la actividad 11
Jefe (a) de Oficina de Relaciones Laborales	13	Notifica el Oficio de improcedencia de promoción de personal.
Jefe (a) de Oficina de Relaciones Laborales	14	Elabora Nombramiento de Escalafón, Promoción o Confianza; turna al Jefe (a) del Departamento de Recursos Humanos para su formalización.
Director (a) General	15	Recibe, firma y turna Nombramiento a la Oficina de Relaciones Laborales para el trámite respectivo.
Jefe (a) de Oficina de Relaciones Laborales	16	Recibe Nombramiento Firmado y notifica al Trabajador promocionado, turna copia a la Oficina de Administración de Nóminas y a la Oficina de Planeación y Control de Personal para su trámite correspondiente.
Personal de la Oficina de Administración de Nóminas Personal de la Oficina de Planeación y Control de Personal	17	Requisita el Formato Único de Movimientos de Personal, registra en sistema de nómina el cambio de código y turna a la Oficina de Relaciones Laborales para su integración al Expediente Único de Personal. Aplica Movimiento de Baja **(ver actividad 3).**
Jefe (a) del Departamento de Recursos Humanos	18	Para el caso de **Licencias con y sin Goce de Sueldo**: Recibe solicitud del Trabajador, de la Representación Sindical con visto bueno de la Unidad Administrativa y/o Médica, para su autorización.
Jefe (a) del Departamento de Recursos Humanos	19	Revisa si cumplen con las políticas establecidas según la causa que la origina, así como las validaciones correspondientes:

		¿Cumple? Sí, continúa con la actividad 20 No, notificar al trabajador la improcedencia de su solicitud
Jefe (a) del Departamento de Recursos Humanos	20	Firma de autorización la licencia con goce de sueldo o licencia sin goce de sueldo y turna a las Oficinas de Relaciones Laborales y Administración de Nóminas, para su trámite correspondiente.
Personal de la Oficina de Administración de Nóminas	21	Para el caso de Licencias Sin Goce de Sueldo, requisita Formato Único de Movimientos de Personal, registra en sistema de nómina la baja temporal y turna a la Oficina de Relaciones Laborales para su integración al Expediente Único de Personal.
Jefe (a) de Oficina de Relaciones Laborales	22	Recibe licencia con goce de sueldo o licencia sin goce de sueldo firmada y notifica al Servidor Público y Unidad Médica o Administrativa que corresponda y Formato Único de Movimientos de Personal archiva en Expediente Único de Personal.
FIN DEL PROCEDIMIENTO		

6. Diagrama de flujo



DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

1.- Recibe de las Unidades Administrativas y/o Médicas y Representación Sindical Oficio de:
a. Renuncia de Servidor Público
b. Solicitud o Formato Baja de Trabajador
c. Solicitud de Cambio de Adscripción
d. Solicitud de Comisión Oficial
e. Solicitud o Acta de Promoción de Personal
f. Solicitud de Licencia Sin Goce de Sueldo
g. Solicitud de Licencia Con Goce de Sueldo

Turna a la Oficina de Relaciones Laborales, para su trámite correspondiente.

2.- Para el caso de **Renuncia de Servidor Público; Término de Relación Laboral; Pensión, Jubilación y/o Defunción**:

3.- Recibe Renuncia o copia de Resolución para el otorgamiento de Pensión y/o Jubilación; Término de relación laboral o copia de Acta de Defunción, informando a la Oficina de Administración de Nóminas para la aplicación de baja, mediante **Formato Baja del Trabajador RH-B-001.**

4.- Requisita Formato Único de Movimientos de Personal, registra en Sistema de Nómina la vacancia y ejecuta Procedimiento de Integración y Trámite de Pago de la Nómina.

Turna a Oficina de Relaciones Laborales para su integración al expediente único de personal.

5.- Informa a la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón las vacancias existentes **(ver actividad 10).**

Para el caso de personal eventual, deberá informar a la unidad administrativa y/o médica de adscripción para la ocupación o congelación de vacancia.

6.- Para el caso de **Solicitud de Cambio de Adscripción y Comisión Oficial de Servidores Públicos:**

Elabora y tramita **Oficio de Cambio de Adscripción y/o Comisión Oficial** dirigido al Servidor Público que corresponda y somete a consideración de su superior jerárquico.

7.- Recibe, firma y turna **Oficio de Cambio de Adscripción y/o de Comisión Oficial** a las Oficinas de Relaciones Laborales y de Planeación y Control de Personal, así como a la Oficina de Administración de Nóminas para su trámite correspondiente.

8.- Recibe Oficio de Cambio de Adscripción y/o Comisión Oficial firmado y notifica al Servidor Público que corresponda y archiva en Expediente Único de Personal.

9.- Requisita **Formato Único de Movimientos de Personal**, registra en Sistema de Nómina el cambio en centro de responsabilidad y turna a la Oficina de Relaciones Laborales para su integración al Expediente Único de Personal.

10.- Para el caso de Promoción de Personal:

Recibe la propuesta de Promoción de Personal de la Comisión Auxiliar Mixta de Escalafón y aplica el Reglamento de Escalafón.

En lo que se refiere a ocupar puestos de confianza, recibe propuesta de Director (a) de Área y/o Dirección General.

¿Existe plaza vacante?
Sí, continúa con la actividad 14
No, continúa con la actividad 11

11.- Elabora Oficio notificando a la Unidad solicitante la improcedencia de su solicitud, por la inexistencia de plazas vacantes o por observaciones al cumplimiento del Reglamento de Escalafón y somete a consideración del Departamento de Recursos Humanos.

12.- Revisa el Oficio de Improcedencia.

¿Es correcto?
Sí, firma
No, regresa a la actividad 11

13.- Notifica el Oficio de improcedencia de promoción de personal.

14.- Elabora Nombramiento de Escalafón, Promoción o Confianza; turna al Jefe (a) del Departamento de Recursos Humanos para su formalización.

15.- Recibe, firma y turna Nombramiento a la Oficina de Relaciones Laborales para el trámite respectivo.

16.- Recibe Nombramiento Firmado y notifica al Trabajador promocionado, turna copia a la Oficina de Administración de Nóminas y a la Oficina de Planeación y Control de Personal para su trámite correspondiente.

17.- Requisita el Formato Único de Movimientos de Personal, registra en sistema de nómina el cambio de código y turna a la Oficina de Relaciones Laborales para su integración al Expediente Único de Personal.

Aplica Movimiento de Baja **(ver actividad 3).**

18.- Para el caso de **Licencias con y sin Goce de Sueldo**:

Recibe solicitud del Trabajador, de la Representación Sindical con visto bueno de la Unidad Administrativa y/o Médica, para su autorización.

19.- Revisa si cumplen con las políticas establecidas según la causa que la origina, así como las validaciones correspondientes:

¿Cumple?
Sí, continúa con la actividad 20
No, notificar al trabajador la improcedencia de su solicitud

20.- Firma de autorización la licencia con goce de sueldo o licencia sin goce de sueldo y turna a las Oficinas de Relaciones Laborales y Administración de Nóminas, para su trámite correspondiente.

21.- Para el caso de Licencias Sin Goce de Sueldo, requisita Formato Único de Movimientos de Personal, registra en sistema de nómina la baja temporal y turna a la Oficina de Relaciones Laborales para su integración al Expediente Único de Personal.

22.- Recibe licencia con goce de sueldo o licencia sin goce de sueldo firmada y notifica al Servidor Público y Unidad Médica o Administrativa que corresponda y Formato Único de Movimientos de Personal archiva en Expediente Único de Personal.

7. Formatos

1. Formato de Baja de Trabajador (RH-B-001)
2. Formato Único de Movimientos de Personal
3. Nombramiento Escalafón
4. Nombramiento Promoción
5. Nombramiento Confianza (RH-RL-03C)
6. Oficio de Cambio de Adscripción
7. Oficio de Comisión Oficial
8. Formato de Licencia con goce de sueldo (RH-CA-11)
9. Formato de Licencia sin goce de sueldo (RH-CA-12)

6. Anexos

FORMATO DE REQUISITOS DE INGRESO

O.P.D. SALUD DE TLAXCALA
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

FORMATO DE REQUISITOS DE INGRESO

FECHA 1

NOMBRE COMPLETO: 2

COTEJÓ: 3

PRESENTAR EN UN FOLDER TAMAÑO CARTA

	ORIGINAL Y COPIA PARA COTEJO DE:	SI	NO
4	ACTA DE NACIMIENTO EN FORMATO RECIENTE		
5	IDENTIFICACIÓN OFICIAL CON FOTOGRAFÍA VIGENTE (CREDENCIAL PARA VOTAR O PASAPORTE)		
6	COMPROBANTE DE DOMICILIO CUYA EXPEDICIÓN NO SEA MAYOR A DOS MESES, LUZ, AGUA, TELÉFONO FIJO, CONSTANCIA DE RADICACIÓN EMITIDA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE		
7	RFC Y CONSTANCIA DE SITUACIÓN FISCAL		
8	PRECARTILLA MILITAR Y LIBERACIÓN DE LA MISMA (HOMBRES)		
9	TITULO, DIPLOMA Y/O CONSTANCIA DE LOS GRADOS ACADÉMICOS CURSADOS JUNTO CON CÉDULA PROFESIONAL EMITIDA POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES. EN EL CASO DE MÉDICOS ESPECIALISTAS CERTIFICACIÓN DE CONSEJO DE ESPECIALIDAD.		
10	EN CASO DE PERSONAL EXTRANJERO, PRESENTAR FORMA MIGRATORIA FM3 VIGENTE		
	ORIGINAL DE:		
11	CONSTANCIA DE CURP IMPRESO VIGENTE		
12	CURRICULUM VITAE SINTETIZADO (MÁXIMO DOS HOJAS, CON FOTOGRAFÍA, FIRMA AUTÓGRAFA, SIN ENGRAPAR NI ENGARGOLAR		
13	CONSTANCIA DE NO INHABILITACIÓN EXPEDIDA POR LA SECRETARIA DE CONTRALORÍA DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE TLAXCALA, CON FECHA DE EXPEDICIÓN NO MAYOR A UN MES DE LA FECHA DE PRESENTACIÓN		
14	CONSTANCIA DE NO ANTECEDENTES PENALES EXPEDIDA POR LA PROCURADURÍA GENERAL DE JUSTICIA DEL ESTADO DE TLAXCALA CON FECHA DE EXPEDICIÓN NO MAYOR A UN MES DE LA FECHA DE PRESENTACIÓN		
15	CERTIFICADO MÉDICO EXPEDIDO ÚNICAMENTE POR UNIDADES DEL O.P.D. SALUD DE TLAXCALA CON FECHA NO MAYOR A UN MES DE LA FECHA DE PRESENTACIÓN		
16	UNA FOTOGRAFÍA TAMAÑO INFANTIL RECIENTE		
17	FORMATO DE SOLICITUD DE EMPLEO, REQUISITADO CON TINTA DE COLOR AZUL		
18	ESCRITO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE LE SERÁ PROPORCIONADO POR EL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS PREVIA LECTURA, ACEPTACIÓN Y FIRMAR CON TINTA AZUL.		
19	EN SU CASO FORMATO DE COMPATIBILIDAD DE EMPLEO DEBIDAMENTE REQUISITADO Y DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD APLICABLE		
20	NÚMERO DE CUENTA NÓMINA		
21	OTROS		

21 RECIBÍ MIS DOCUMENTOS ORIGINALES:
(NOMBRE COMPLETO Y FIRMA) _____

INSTRUCTIVO DE LLENADO

(1) Escribir la fecha en que se recibe la documentación de los requisitos de ingreso dd/mes completo/aaaa.

(2) Escribir nombre y apellidos del candidato.

(3) Escribir nombre del servidor público que revisó la documentación del candidato, y que realizó la revisión de los documentos entregados por el trabajador en los portales web, que se establecen en el Anexo requisitos de ingreso con medio de verificación, validando de esta manera la veracidad de los documentos del trabajador que se integraran en el expediente laboral.

(4-20) Colocar una marca (x) en la columna adecuada para indicar si entrega o no el documento correspondiente.

(21) Detallar cualquier otro (s) documento (s) que de acuerdo a las reglas de operación de los programas Federales y Estatales así lo requieran.

AVISO DE ALTA DEL TRABAJADOR ANTE EL ISSSTE

ISSSTE

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
SUBDIRECCION GENERAL DE PRESTACIONES ECONOMICAS SOCIALES Y CULTURALES
SUBDIRECCIÓN DE AFILIACIÓN Y VIGENCIA

DE CONFORMIDAD CON LOS ARTÍCULOS 7º DE LA LEY DEL I.S.S.S.T.E.
14 Y 25 DEL REGLAMENTO DE AFILIACIÓN, VIGENCIA DE DERECHOS Y COBRANZA
SE PRESENTA EL SIGUIENTE:
AVISO DE ALTA DEL TRABAJADOR

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION (C.U.R.P.)

DATOS DEL TRABAJADOR

R.F.C.	NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	ENTIDAD DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL / SEXO
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	
DOMICILIO:		Nº EXT. / Nº INT.	LOCALIDAD O COLONIA
MUNICIPIO O DELEGACIÓN POLITICA		ENTIDAD FEDERATIVA	CODIGO POSTAL
		NOMBRE Y CLAVE DE LA CLINICA	

DATOS DEL EMPLEO

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD		RAMO / PAGADURIA	TELEFONO
DOMICILIO: CALLE		NUMERO / LOCALIDAD O COLONIA	
MUNICIPIO O DELEGACION POLITICA		ENTIDAD FEDERATIVA	CODIGO POSTAL
CLAVE DE COBRO			
FECHA DE INGRESO / DIA / MES / AÑO	NOMBRAMIENTO		
SUELDO BASICO DE COTIZACION AL I.S.S.S.T.E			
SUELDO BASICO DE APORTACION AL S.A.R.			
REMUNERACION TOTAL	NIVEL SALARIAL		

FIRMA DEL TRABAJADOR

SELLO

NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO FACULTADO

SELLO DE RECEPCION DEL I.S.S.S.T.E

ORIGINAL: PROCESO.- CATALOGO DE ASEGURADOS

INSTRUCTIVO DE LLENADO

INSTRUCTIVO DE LLENADO

DATOS DEL TRABAJADOR

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION (C. U. R. P.)
ANOTAR LA CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION DEL TRABAJADOR ASIGNADA POR LA SECRETARIA DE GOBERNACION. CONSTA DE 18 CARACTERES, INCLUIDO EL DIGITO VERIFICADOR.

R. F. C.
ANOTAR EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES DEL TRABAJADOR ASIGNADO POR LA SECRETARIA DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO.

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL
EL NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL CONSTA DE 11 CARACTERES, INCLUIDO EL DIGITO VERIFICADOR.
- SI EL TRABAJADOR ES O FUE AFILIADO AL I.M.S.S.:
  ANOTAR EL NUMERO DE AFILIACION ANTE DICHO INSTITUTO.
- SI EL TRABAJADOR REINGRESA COMO COTIZANTE AL I.S.S.S.T.E.:
  ANOTAR EL NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL ASIGNADO POR ESTE INSTITUTO.
- SI EL TRABAJADOR NO HA SIDO AFILIADO AL I.M.S.S. Y NO HA COTIZADO AL I.S.S.S.T.E. PREVIO A ESTA ALTA:
  DEJAR EL ESPACIO EN BLANCO.

ENTIDAD DE NACIMIENTO
ANOTAR EL NOMBRE DE LA ENTIDAD FEDERATIVA EN QUE NACIO.

ESTADO CIVIL
ANOTAR EL NUMERO QUE CORRESPONDA AL ESTADO CIVIL DEL TRABAJADOR CONFORME A LO SIGUIENTE:

1 SOLTERO(A) 2 CASADO(A)

SEXO
CRUZAR EL CUADRO CORRESPONDIENTE AL SEXO DEL TRABAJADOR.

H HOMBRE M MUJER

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)
ANOTAR LOS APELLIDOS PATERNO Y MATERNO Y EL (LOS) NOMBRE(S) COMPLETO(S).

DOMICILIO : CALLE Nº EXTERIOR Nº INTERIOR
ANOTAR EL NOMBRE DE LA CALLE Y LOS NUMEROS EXTERIOR E INTERIOR.

LOCALIDAD O COLONIA
ANOTAR EL NOMBRE DE LA LOCALIDAD O DE LA COLONIA.

MUNICIPIO O DELEGACION POLITICA
- EN EL INTERIOR DE LA REPUBLICA MEXICANA:
  ANOTAR EL NOMBRE DEL MUNICIPIO.
- EN EL DISTRITO FEDERAL:
  ANOTAR EL NOMBRE DE LA DELEGACION POLITICA.

ENTIDAD FEDERATIVA
ANOTAR EL NOMBRE DEL ESTADO.

CODIGO POSTAL
ANOTAR EL CODIGO POSTAL DEL DOMICILIO.

NOMBRE Y CLAVE DE LA CLINICA
PARA USO EXCLUSIVO DEL I.S.S.S.T.E.

DATOS DEL EMPLEO

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD
ANOTAR EL NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD.

RAMO
ANOTAR EL NUMERO DE RAMO REGISTRADO ANTE EL I.S.S.S.T.E.

PAGADURIA
ANOTAR EL NUMERO DE PAGADURIA REGISTRADO ANTE EL I.S.S.S.T.E.

TELEFONO
ANOTAR EL NUMERO TELEFONICO DEL FUNCIONARIO FACULTADO POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD PARA AUTORIZAR MOVIMIENTOS AFILIATORIOS ANTE EL I.S.S.S.T.E.

DOMICILIO : CALLE NUMERO
ANOTAR EL NOMBRE DE LA CALLE Y EL NUMERO EXTERIOR.

LOCALIDAD O COLONIA
ANOTAR EL NOMBRE DE LA LOCALIDAD O DE LA COLONIA.

MUNICIPIO O DELEGACION POLITICA
- EN EL INTERIOR DE LA REPUBLICA MEXICANA:
  ANOTAR EL NOMBRE DEL MUNICIPIO.
- EN EL DISTRITO FEDERAL:
  ANOTAR EL NOMBRE DE LA DELEGACION POLITICA.

ENTIDAD FEDERATIVA
ANOTAR EL NOMBRE DEL ESTADO.

CODIGO POSTAL
ANOTAR EL CODIGO POSTAL DEL DOMICILIO.

CLAVE DE COBRO
DATO ALFANUMERICO QUE UTILIZA LA DEPENDENCIA O ENTIDAD PARA RELACIONAR LOS CODIGOS PRESUPUESTAL, DE PUESTO O CATEGORIA, DE DISTRIBUCION DE PAGO, DE NIVEL, DE SUBNIVEL, ETC., DEL TRABAJADOR.

FECHA DE INGRESO
ANOTAR DIA, MES Y AÑO DEL ULTIMO INGRESO DEL TRABAJADOR A LA DEPENDENCIA O ENTIDAD, UTILIZANDO EL FORMATO NUMERICO DD-MM-AAAA.

NOMBRAMIENTO
ANOTAR EL NUMERO QUE CORRESPONDA AL TIPO DE NOMBRAMIENTO DEL TRABAJADOR CONFORME A LO SIGUIENTE:

10	BASE	60	OTROS
20	CONFIANZA	70	CONTINUACION VOLUNTARIA
30	EVENTUAL	80	PENSIONISTA
40	BASE / LISTA DE RAYA	90	APORTACION VOLUNTARIA (S.A.R.)
50	LISTA DE RAYA		

SUELDO BASICO DE COTIZACION AL I.S.S.S.T.E.
ANOTAR EN PESOS Y CENTAVOS EL SUELDO BASICO DE COTIZACION MENSUAL AL I.S.S.S.T.E.

SUELDO BASICO DE APORTACION AL S.A.R.
ANOTAR EN PESOS Y CENTAVOS EL SUELDO BASICO DE APORTACION MENSUAL AL SISTEMA DE AHORRO PARA EL RETIRO.

REMUNERACION TOTAL
ANOTAR EN PESOS Y CENTAVOS EL INGRESO MENSUAL DEL TRABAJADOR, CONSIDERANDO TODAS LAS PRESTACIONES ECONOMICAS DE CARACTER PERMANENTE.

NIVEL SALARIAL
ANOTAR EL NIVEL SALARIAL DE ACUERDO CON EL TABULADOR DE SUELDOS AUTORIZADO A LA DEPENDENCIA O ENTIDAD EN QUE LABORA EL TRABAJADOR.

FIRMA DEL TRABAJADOR
FIRMA AUTOGRAFA DEL TRABAJADOR.

SELLO / NOMBRE Y FIRMA DEL FUNCIONARIO FACULTADO
ANOTAR EL NOMBRE Y LA FIRMA AUTOGRAFA DEL FUNCIONARIO FACULTADO POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD PARA AUTORIZAR MOVIMIENTOS AFILIATORIOS ANTE EL I.S.S.S.T.E. IMPRIMIR SELLO DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD.

SELLO DE RECEPCION DEL I.S.S.S.T.E.
PARA USO EXCLUSIVO DEL I.S.S.S.T.E.

NOTA IMPORTANTE

UTILIZAR MAQUINA DE ESCRIBIR.
ANOTAR EN CADA ESPACIO EXCLUSIVAMENTE EL DATO QUE SE SOLICITA.
NO SE ACEPTARAN AVISOS QUE PRESENTEN ABREVIATURAS, TACHADURAS O ENMENDADURAS.

IMPORTANTE

EL ARTICULO 6° DE LA LEY DEL I.S.S.S.T.E. ESTABLECE LA OBLIGACION DE COMUNICAR A ESTE INSTITUTO LA ALTA DEL TRABAJADOR DENTRO DE LOS 30 DIAS SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE OCURRA.

FORMATO SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO Y DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL QUE LA SECRETARÍA DE SALUD OTORGA COMO PRESTACIÓN A LOS SERVIDORES PÚBLICOS

NÚMERO DE EXPEDIENTE

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES CON HOMOCLAVE
(1)

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN
(2)

FAVOR DE LLENAR CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE O MÁQUINA DE ESCRIBIR.

CONTRATANTE

O.P.D. SALUD DE TLAXCALA

NOMBRE DEL ASEGURADO			SUMA ASEGURADA EN MESES
(3)	(4)	(5)	SUMA ASEGURADA BÁSICA : 40 MESES DE LA PERCEPCIÓN ORDINARIA En caso de contratar algún incremento de suma asegurada (34 ó 51 ó 68 meses más de sueldo bruto), la suma asegurada total será entonces la suma de 40 más la opción contratada.
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	
			FECHA DE ALTA EN LA DEPENDENCIA O ENTIDAD (6) (7) (8)

*BENEFICIARIO (S) (Esta designación de beneficiarios podrá modificarse en cualquier momento, para lo cual bastará llenar un nuevo formato, salvo que desee que ésta sea irrevocable, en cuyo caso, el titular deberá escribir con su puño y letra en el cuerpo del formato la siguiente leyenda: "Es mi deseo que esta *designación de beneficiarios sea irrevocable y estoy consciente que no podré realizar una nueva* designación." Y firmar junto a la leyenda.

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)	PORCENTAJE	PARENTESCO
(9)	(10)	(11)	(12)	(13)

BENEFICIOS ADICIONALES CONTRATADOS, DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES ESTABLECIDAD EN LA PÓLIZA: INCAPACIDAD TOTAL O INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL O INVALIDEZ.

EXPRESAMENTE OTORGO A *(NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD)*, MI CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL, QUE CONTRATE CON LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS QUE ME CORRESPONDAN.

(14)
FIRMA DEL ASEGURADO

ÚNICAMENTE CUANDO EL ASEGURADO NO PUEDA FIRMAR

(15)
HUELLA DEL PULGAR DERECHO

TESTIGOS ÚNICAMENTE CUANDO EL ASEGURADO NO PUEDA FIRMAR Y HAYA ESTAMPADO SU HUELLA

(16)
NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 1

(17)
NOMBRE Y FIRMA TESTIGO 2

Lugar y fecha en que se firma este consentimiento: (18)

ESTE CONSENTIMIENTO Y DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SEA FIRMADO Y ENTREGADO EN RECURSOS HUMANOS Y DEJARÁ SIN EFECTOS A LOS QUE SE HAYAN FIRMADO Y ENTREGADO CON ANTERIORIDAD.

En el caso de que se desee nombrar como beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL

FORMATO PARA ELECCIÓN DE POTENCIACIÓN (INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA) Y AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO EN NÓMINA

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES CON HOMOCLAVE

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN

ANTES DE ELEGIR CUALQUIER OPCIÓN LEA CUIDADOSAMENTE TODO EL DOCUMENTO

CONSIDERACIONES

ESTA INFORMACIÓN SE SOLICITA PARA QUE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA QUE GANE LA LICITACIÓN Y BRINDE EL SERVICIO A LOS ASEGURADOS, PAGUE LOS SINIESTROS QUE OCURRAN CON LA SUMA ASEGURADA BÁSICA DE 40 MESES DE PERCEPCIÓN ORDINARIA, MÁS LA POTENCIACIÓN

EL PRESENTE FORMATO ES EL ÚNICO A TRAVÉS DEL CUAL SE ELIGE POTENCIACIÓN (INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA) Y SE AUTORIZA EL CORRESPONDIENTE DESCUENTO EN NÓMINA.

ÚNICAMENTE SE DEBERÁ FIRMAR EN UNO DE LOS DOS SUPUESTOS QUE SE PRESENTAN EN ESTE FORMATO; DE LO CONTRARIO, SE INVALIDARÁ Y SE TENDRÁ QUE LLENAR UN NUEVO FORMATO.

LA POTENCIACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO EN NÓMINA SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DEL 1 DE DICIEMBRE DE 2010, EN CASO DE HABER ELEGIDO CONTINUIDAD EN LA POTENCIACIÓN; O BIEN, EN LA FECHA SEÑALADA EN LA PARTE INFERIOR DE ESTE FORMATO, EN CASO DE HABER REALIZADO LA ELECCIÓN POSTERIORMENTE AL INICIO DE VIGENCIA (1 DE DICIEMBRE DE 2010).

SUPUESTO 1 ELECCIÓN DE POTENCIACIÓN (INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA) Y AUTORIZACIÓN PARA QUE SE APLIQUEN LOS DESCUENTOS NOMINALES CORRESPONDIENTES.

A través del presente formato **elijo** de las opciones que me brindan, el siguiente incremento de suma asegurada:
Autorizo a (*escribir el nombre de la dependencia, órgano o entidad*) para que el costo que representa la potenciación sea descontado de mi percepción ordinaria, vía nómina.

POTENCIACIÓN DE LA SUMA ASEGURADA EXPRESADA EN MESES DE SUELDO BRUTO		
34	51	68
1,50%	2,51%	3,18%

Marcar con una "X" la opción elegida.
(Sólo una opción)

Nombre del Asegurado: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)

FIRMA: _____

SUPUESTO 2 PARA LOS SERVIDORES PÚBLICOS QUE NO DESEAN POTENCIAR (INCREMENTAR LA SUMA ASEGURADA); POR LO TANTO, EN ESTE CASO NO SE APLICARÁ NINGÚN DESCUENTO NOMINAL POR ESTE CONCEPTO.

Hago constar que no deseo potenciar (incrementar la suma asegurada).

Estoy enterado que durante el periodo sin potenciación, la suma asegurada de mi Seguro de Vida Institucional es únicamente de 40 meses de percepción ordinaria y es mi deseo así mantenerla.

Nombre del Asegurado: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)

FIRMA: _____

Lugar y fecha

INSTRUCTIVO DE LLENADO

(1) Escribir el RFC con homoclave del trabajador
(2) Escribir el CURP del trabajador debiendo estar a 18 dígitos
(3) Escribir el apellido paterno del trabajador
(4) Escribir el apellido materno del trabajador
(5) Escribir el nombre(s) del trabajador
(6) Escribir el día de ingreso a la dependencia del trabajador
(7) Escribir el mes de ingreso a la dependencia del trabajador
(8) Escribir el año de ingreso a la dependencia del trabajador
(9) Anotar el apellido paterno del beneficiario(s)
(10) Escribir el apellido materno del beneficiario(s)
(11) Escribir el nombre(s) del beneficiario(s)
(12) Anotar el porcentaje que le asigna al beneficiario(s)
(13) Escribir el parentesco del beneficiario y el trabajador
(14) Firma del trabajador(a)
(15) En caso de que el trabajador no pueda firmar, debe poner la huella de su pulgar derecho
(16) En caso de que se haya utilizado la opción 15 debe llenar este número con el nombre completo del testigo 1 y firma
(17) En caso de que se haya utilizado la opción 15 debe llenar este número con el nombre completo del testigo 2 y firma
(18) Escribir lugar y la fecha de elaboración del formato

FORMATO DE COMPATIBILIDAD DE EMPLEO

O.P.D. SALUD

(1) Apellido Paterno (2) Apellido Materno (3) Nombre (s) R.F.C. (4)

Atentamente solicito se autorice la Compatibilidad para desempeñar los siguientes puestos, cargos, comisiones o la prestación de servicios profesionales por honorarios, informando que el puesto que ocupo actualmente es:

Firma: (5)

Institución 1 que certifica los datos del puesto actual (6)

Puesto o Contrato	Código presupuestal o Grupo, grado y nivel	Unidad de Adscripción Ubicación del Centro de Trabajo	Fecha de Alta			Tipo de Nombramiento	Remuneración del puesto	Partida y Clave presupuestal	Ubicación del centro de trabajo, horario y tiempo de traslado(*).
			Día	Mes	Año				
(7)	(8)	(9)		(10)		(11)	(12)	(13)	(14)

(*) Los contratos de honorarios únicamente deberán establecer las fechas de inicio y término del contrato, así como la(s) fecha(s) de entrega(s) parciales y/o totales de los productos o servicios correspondientes.

Institución 2 que valida los datos del puesto o contrato a desempeñar: (15)

Puesto o Contrato	Código presupuestal o Grupo, grado y nivel	Unidad de Adscripción Ubicación del Centro de Trabajo	Fecha de Alta			Tipo de Nombramiento	Remuneración Actual y de Honorarios	Partida y Clave presupuestal	Ubicación del centro de trabajo, horario y tiempo de traslado(*).
			Día	Mes	Año				
(16)	(17)	(18)		(19)		(20)	(21)	(22)	(23)

(*) Los contratos de honorarios únicamente deberán establecer las fechas de inicio y término del contrato, así como la(s) fecha(s) de entrega(s) parciales y/o totales de los productos o servicios correspondientes.

☐ a) De conformidad con lo dispuesto en los artículos 136 y 137 del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, se otorga la presente AUTORIZACIÓN d

(24) a partir del _____ misma que será válida hasta en tanto no cambien los supuestos arriba mencionados que sirvieron de base para su o
Día Mes Año

☐ b) De conformidad con lo dispuesto en los artículos 136 y 137 del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, NO SE OTORGA LA AUTORIZACIÓN de Compatibilidad, debido a que no reúne los requisitos establecidos.

CERTIFICÓ

(25)

DENOMINACIÓN DE LA INSTITUCIÓN 1

(26)

NOMBRE Y FIRMA DGRH o EQUIVALENTE

VALIDÓ

(27)

DENOMINACIÓN DE LA INSTITUCIÓN 2

(28)

NOMBRE Y FIRMA DGRH o EQUIVALENTE

***En caso que el dictámen corresponda a la DGOR, este formato deberá tener anexo el oficio correspondiente.**

(29) **NOTA: Este documento deberá contar con el sello de ambas instituciones.**

O.P.D. SALUD

(30) LISTA CHECABLE

I. SE HACE CONSTAR QUE:	INSTITUCIÓN 1		INSTITUCIÓN 2	
Se cuenta con la descripción y perfil del puesto que el solicitante ocupa actualmente.	(SI)	(NO)	(SI)	(NO)
Se cuenta con la descripción y perfil del puesto que se pretende ocupar.	(SI)	(NO)	(SI)	(NO)
II. LAS FUNCIONES A DESARROLLAR EN LOS PUESTOS:				
a) ¿Son excluyentes entre sí?	(SI)	(NO)	(SI)	(NO)
b) ¿Implican o pudieran originar conflicto de intereses?	(SI)	(NO)	(SI)	(NO)
III. EXISTE LA POSIBILIDAD DE DESEMPEÑAR LOS PUESTOS ADECUADAMENTE EN RAZÓN DE:				
* a) El horario y jornada de trabajo que a cada puesto corresponde:	(SI)	(NO)	(SI)	(NO)
b) Las particularidades, características, exigencias y condiciones de los puestos de que se trate:	(SI)	(NO)	(SI)	(NO)
* c) La ubicación de los centros de trabajo y del domicilio del servidor público:	(SI)	(NO)	(SI)	(NO)
d) ¿El servidor público manifestó expresamente no contar con licencia (con o sin goce de sueldo).?	(SI)	(NO)	(SI)	(NO)
e) ¿Existe prohibición legal o contractual para emitir la compatibilidad?	(SI)	(NO)	(SI)	(NO)
f) Las remuneraciones a percibir con la presente compatibilidad rebasan el límite establecido en el art. 127 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, es decir:				
▶ ¿La remuneración es mayor a la establecida para el Presidente de la República en el presupuesto correspondiente?	(SI)	(NO)	(SI)	(NO)
▶ ¿La remuneración es igual o mayor que su superior jerárquico?	(SI)	(NO)	(SI)	(NO)
g) ¿Se trata de un trabajo técnico calificado o de alta especialización?	(SI)	(NO)	(SI)	(NO)
h) El número de horas en actividades o funciones docentes, si son frente a grupo o están referidas a las categorías directiva o de supervisión, además de los horarios asignados y los lugares en que habrá de realizarse.	(SI)	(NO)	(SI)	(NO)

Fecha: _____ Fecha: _____

Nombre del analista: _____ Nombre del analista: _____

Firma del analista: _____ Firma del analista: _____

INSTRUCTIVO DE LLENADO

(1) Apellido Paterno del trabajador, campo obligatorio. En caso de contar con un sólo apellido integrarlo en este campo

(2) Apellido Materno, Campo no obligatorio en caso de que el funcionario sólo tenga un apellido

(3) Nombre(s) propio(s) con el/los que se identifica y designa a cada persona individualizada. Campo obligatorio

(4) Registro con el cual se identifica como contribuyente. De manera general está compuesto por las dos primeras letras del apellido paterno y las dos iniciales del apellido materno y del nombre, seguido por la fecha de nacimiento, en seis dígitos; año, mes y día (aa,mm,dd)

(5) El Servidor Público deberá signar la solicitud de Compatibilidad de Empleos

(6) Nombre de la Institución donde se encuentra desempeñando puesto(s) o contrato(s) el Servidor Público

(7) Nombre del puesto(s) y/o código(s) con el/los que cuenta el Servidor Público en la institución

(8) Campo obligatorio, el valor debe corresponder con los códigos de puesto que utiliza la institución, el registrado en el catálogo general de puestos o tabuladores correspondientes

(9) Campo obligatorio, debe corresponder con el catálogo de unidades responsables de la institución

(10) Indicar la fecha en que el servidor público fue dado de alta en el puesto que ocupa

(11) Se deberá asentar si el puesto que ocupa el servidor público es de Base, Confianza, Provisional, Regularizado, Formalizado y Contrato

(12) Se deberá indicar la remuneración salarial mensual bruta que recibe el Servidor Público

(13) Se deberán indicar los códigos de la Partida y clave presupuestal correspondientes a puesto(s) o contrato(s)

(14) Indicar el domicilio completo donde actualmente el servidor público presta sus servicios, tipo de jornada laboral y horario, así como el tiempo de traslado

(15) Nombre de la Institución donde pretende ingresar a laborar y/o se encuentra laborando el Servidor Público

(16) Nombre del puesto(s) y/o identificador de contrato(s) con el/los que contratarán al Servidor Público en la institución y/o se encuentra contratado

(17) Campo obligatorio, el valor debe corresponder con los códigos de puesto que utiliza la institución, el registrado en el catálogo general de puestos o tabuladores correspondientes

(18) Campo obligatorio, el valor debe corresponder con el catálogo de unidades responsables de la institución

(19) Indicar la fecha en que el servidor público será dado de alta en el puesto a ocupar y/o se encuentra ocupando

(20) Se deberá asentar si el puesto que ocupará el servidor público es de Base, confianza y contrato

(21) Se deberá indicar la remuneración salarial mensual bruta que recibirá el Servidor Público

(22) Se deberán indicar los códigos de la Partida y clave presupuestal correspondientes a puesto(s) o contrato(s) que ocupará

(23) Indicar el domicilio completo donde pretende ingresar el servidor público a prestar sus servicios, tipo de jornada laboral y horario, así como el tiempo de traslado

(24) Una vez que cada institución, según corresponda, haya certificado /validado/ dictaminado, y la institución 2 haya realizado el análisis correspondiente, podrá emitir el dictamen de compatibilidad;

a) Se asentará la fecha correspondiente. La fecha no podrá ser posterior al ingreso del servidor público a la institución 2

b) Se marcará la casilla correspondiente

(25) Nombre de la Institución que certifica los datos del puesto/contrato que ocupa el servidor público

(26) Nombre y firma del servidor público que certifica los datos del puesto actual

(27) Nombre de la Institución que valida los datos del puesto/contrato donde pretende ingresar el servidor público y/o se encuentra laborando

(28) Nombre y firma del servidor público que valida los datos del puesto a ocupar por el solicitante

(29) El documento de dictamen de Compatibilidad de empleos deberá contar con el sello de ambas instituciones

(30) Ambas instituciones (1 y 2), en su caso, deberán hacer constar expresamente, a través de la lista que se encuentra al reverso del formato de dictamen de compatibilidad, que cuentan con, y en su caso verificaron los rubros allí consignados y que la información soporte se encuentra en el expediente correspondiente, el cual deberá estar disponible para cualquier revisión o auditoría

Nota: En caso de considerarlo pertinente realizar entrevista para obtener mayor información

(31) Fecha en la cual se analizó y asentó la información, así como el nombre completo y firma del servidor público (Analista) que lo realizó (Ambas instituciones)

FORMATO DE PROTESTA DE DECIR VERDAD

Chiautempan, Tlax; a 1 .

A QUIEN CORRESPONDA
O.P.D. SALUD DE TLAXCALA
PRESENTE.

Por medio del presente, el (la) que suscribe **C.** 2 , con R.F.C. 3 bajo protesta de decir verdad, manifestó que no desempeño otro empleo, cargo o comisión en alguna Dependencia o Entidad de la Administración Publica, Federal, Estatal o Municipal.
De igual manera manifiesto que no me encuentro pensionado por jubilación por parte del Instituto de Seguridad y Servicios sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y no he participado en programas de retiro y/o separación voluntaria en ninguna dependencia de la Administración Publica.
Manifiesto también bajo protesta de decir verdad, que siendo aspirante en este proceso de selección, he presentado los documentos personales y de preparación que se han solicitado para que sean integrados a mi Expediente Único de Personal y que todos y cada uno de ellos son fidedignos y auténticos, por lo que me hago responsable de cualquier inconsistencia que de ellos pudiera derivarse durante este proceso o por la duración en mi relación laboral con el O.P.D. Salud de Tlaxcala.
Lo que manifestó para los efectos a que haya lugar.

(4)

_____

INSTRUCTIVO DE LLENADO

(1) Indicar la fecha de elaboración del trámite día, mes y año) dd/mm/aaaa
(2) Escribir el nombre completo del trabajador
(3) Indicar el RFC con homoclave
(4) Escribir el nombre completo del trabajador y firma

FORMATO DE BAJA DEL TRABAJADOR (BH-B-001)

SESA
SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCION DE ADMINISTRACION
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS
RH-B-001

LUGAR Y FECHA: (1)

FORMATO PARA NOTIFICACION DE BAJA DE TRABAJADOR

DATOS DEL TRABAJADOR

(2) APELLIDO MATERNO | (3) APELLIDO PATERNO | (4) NOMBRE(S)

RFC (5) | CLAVE PRESUPUESTAL (6)

ADSCRIPCION (7) | FUNCION (8)

JORNADA (9) | TURNO (10) | HORARIO (11)

FECHA DE TERMINO (12)

(13) TIPO DE CONTRATACION

PROVISIONAL	☐	FEDERAL	☐	HOMOLOGADO	☐
REGULARIZADO	☐	FORMALIZADO	☐	CONFIANZA	☐
INTERINO	☐	CONTRATO	☐	SUPLENTE	☐

(14) TIPO DE BAJA

(15) TEMPORAL

1.- LICENCIA SIN GOCE DE SUELDO	☐	2.-ENFERMEDAD CONTAGIO	☐	3.- AFECTACION POR INCAPACIDAD	☐
4.- INVESTIGACION POR MANEJO DE FONDOS Y	☐	5.- PENULTIMO PARRAFO 46 DE LA LEY	☐	6.-PRISION PREVENTIVA	☐

VIGENCIA (16) | FECHA DE REINCORPORACION (17)

(18) DEFINITIVA

1.- RENUNCIA	☐	2.- DEFUNCION	☐	3.- ABANDONO DE EMPLEO	☐
4.- TERMINO DE NOMBRAMIENTO	☐	5.- INCAPACIDAD PERMANENTE	☐	6.- RESOLUCION JURIDICA	☐
7.-POR PRISION	☐	8-. OTRA (Especifique)		(19)	

OBSERVACIONES:

(20)

FIRMAS DE NOTIFICACION DE BAJA

RECURSOS HUMANOS DE LA UNIDAD	ADMINISTRADOR(A) DE LA UNIDAD	DIRECTOR(A) DE LA UNIDAD
(21)	(22)	(23)
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA

FIRMA DE APLICACIÓN DE MOVIMIENTOS EN SISTEMA DE NOMINA

QUINCENA DE INCLUSION EN EL SISTEMA DE NOMINA		(24)	
VALIDA REPORTE (25)	REVISO PARA AUTORIZACION (26)	REVISO PARA PROCESAR (27)	REVISO PARA APLICACIÓN (28)
ENCARGADO DE MOVIMIENTOS LABORALES	JEFE DE OFICINA DE RELACIONES LABORALES	SISTEMA DE NOMINAS	JEFE DE OFICINA DE ADMIISTRACION DE NOMINAS

AUTORIZACION

(29)

JEFA DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

DEL O.P.D. SALUD DE TLAXCALA

INSTRUCTIVO DE LLENADO

(1) Colocar lugar y fecha
(2) Colocar apellido paterno del trabajador
(3) Colocar apellido materno del trabajador
(4) Colocar Nombre (s) del trabajador
(5) Colocar RFC del trabajador con homoclave
(6) Colocar clave presupuestal
(7) Lugar de adscripción del trabajador
(8) Función que desempeña en su lugar de adscripción
(9) Jornada del Trabajador, ejemplo: Lunes a Viernes
(10) Colocar el turno en el que el trabajador labora
(11) Colocar el horario que cubre el trabajador
(12) Colocar a fecha a partir de cuándo se dará de baja al trabajador
(13) Elegir y marcar con una "X" el tipo de contratación del trabajador
(14) Elegir el tipo de baja del trabajador, puede ser temporal o definitiva
(15) Elegir y marcar con una "X" el tipo de baja temporal del trabajador
(16) Colocar la vigencia a la fecha de cuando inicie la baja temporal
(17) Colocar la fecha de reincorporación
(18) Elegir y marcar con una "X" el tipo de baja definitiva
(19) En caso de existir un tipo de baja no especificado en el listado expuesto
(20) Colocar las observaciones referentes a la baja
(21) Nombre y firma del encargado (a) o jefe (a) de recursos humanos de la unidad responsable de elaborar el reporte
(22) Nombre y firma del Administrador (a) de la unidad quien valido la información proporcionada en el reporte
(23) Nombre y firma del Director (a) de la unidad, quien autorizó
(24) Apartado llenado por parte del personal de la Oficina de Administración de Nóminas, donde se colocará la quincena en la que se procesa el movimiento
(25) Nombre y firma del personal de la Oficina de Relaciones Laborales, responsable de validar la información contenida en el formato sea correcta
(26) Nombre y firma del Jefe (a) de Oficina de Relaciones Laborales
(27) Nombre y firma del personal de la Oficina de Administración de Nóminas, responsable de procesar el movimiento en el Sistema de Nóminas
(28) Nombre y firma del Jefe (a) de Oficina de Administración de Nóminas
(29) Nombre y firma del Jefe (a) de Departamento de Recursos Humanos quien autoriza el movimiento de baja del trabajador en el Sistema de Nóminas

FORMATO ÚNICO DE MOVIMIENTOS DE PERSONAL

Gobierno del Estado de Tlaxcala 2017-2021

FORMATO UNICO DE MOVIMIENTOS DE PERSONAL

UNIDAD EXPEDIDORA: 1

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION: 2

VIGENCIA 3	DIA	MES	AÑO
DEL			
AL			

OPERACION		
No. DE DOCUMENTO	LOTE	QNA.
4	5	6

TIPO DE MOVIMIENTO 7

NUEVO INGRESO		BAJA	
REINGRESO		REANUDACION DE LABORES	
PROMOCION		LICENCIA	
ALMENTO		CAMBIO RADICACION SUELDOS	
DISMINUCION		PRIMA QUINQUENAL	
PENSION ALMENTICIA		CREACION DE PLAZA	
DATOS PERSONALES			

CODIGO 8

TIPO DE TRABAJADOR 9

BASE (01)	
CONFIANZA (02)	
HONORARIOS (03)	
INTERINO (04)	
PROVISIONAL (06)	
LISTA DE RAYA (07)	

DATOS PERSONALES

FILIACION 10

NOMBRE 11

DOMICILIO 12

#¡REF!

ADSCRIPCION 18

CLAVE DE CENTRO DE RESPONSABILIDAD 19

PROGRAMA	SUBPROGRAMA	U.RESPONSABLE	PARTIDA	CLAVE DE PUESTO	HORAS	No. DE PUESTO
20	21	22	23	24	25	26

SEXO: F 13 / M

ESTADO CIVIL 14: SOLTERO / CASADO / VIUDO / DIVORCIADO / OTRO

CEDULA DE IDENTIFICACION 15

FECHA DE INGRESO 16: GOB. FED. / SRIA. SALUD

LUGAR DE NACIMIENTO Y NACIONALIDAD 17

MEXICANA EDO. (2 ☐ MEXICANA POR NATURALIZACION (33) ☐ EXTRANJERO (34) ☐

HORARIO ASIGNADO 27: 8 HORA / 7 HORAS / 6 HORAS / POR H.S.M. / OTRO

TIPO DE SERVICIO 28: SUPERIOR / M.MEDIO / APOYO Y ASESORIA / RAMA M.P.M. / ADMVA.

TABULADOR 29: NIVEL / RANGO

NOMBRE DEL PUESTO 30

#¡REF!

ANTECEDENTES

CLAVE ANTERIOR ADSCRIPCIÓN 31

CLAVE DEL CENTRO DE RESPONSABILIDAD 32

DATOS DEL SUSTITUIDO

NOMBRE 33

No. DEL DOCUMENTO 34

FILIACION 35

MOTIVO 38

EFECTOS DEL 36 AL 37

TIPO DE LICENCIA 39	MOTIVO	DIAS
CON SUELDO ☐	40	41
A MEDIO SUELDO ☐		
SIN SUELDO ☐		
PRE-PENSIONARIA ☐		

PERCEPCIONES

% S.S. 42

PARTIDA PRESUPUESTAL	ACTUALES	INCREMENTO O DISMINUCION	ACORDADAS
43	44	45	46
TOTALES	46.1	46.1	46.1

JUSTIFICACION Y/O MOTIVOS DEL MOVIMIENTO 47

ELABORÓ	Vo. Bo. RESPONSABLE DE LA UNIDAD EXPEDIDORA	AUTORIZÓ
48	49	50
JEFE(A) DEL DEPTO. DE RECURSOS HUMANOS	DIRECTOR (A) DE ADMINISTRACION	SECRETARIO (A) DE SALUD Y DIRECTOR (A) GRAL. O.P.D. SALUD DE TLAXCALA
MFB/amb		NOMBRE Y FIRMA

INSTRUCTIVO DE LLENADO

(1) Unidad responsable que emite el documento
(2) Ciudad, Estado y fecha de elaboración
(3) Vigencia del movimiento
(4) Número de documento de acuerdo al rango de numeración asignado a la unidad responsable que emite el documento
(5) Uso exclusivo de la dirección de operación y pagos u homólogos en estados descentralizados
(6) Quincena de operación
(7) Anotar una "X" en el grupo de movimientos al que pertenece el movimiento a operar
(8) Código del movimiento
(9) Anotar una "X" en el grupo tipo de trabajador
(10) Anotar el RFC del trabajador
(11) Nombre del trabajador o acreedor alimenticio en su caso
(12) Calle, número, colonia, código postal, estado y/o municipio
(13) Anotar con una "X" en femenino o masculino según sea el caso
(14) Anotar con una "X" en el cuadro correspondiente
(15) Anotar el número de cédula de identificación expedida por la Secretaría de Gobernación
(16) Anotar fecha de ingreso
(17) Poner los dígitos del lugar de nacimiento o poner una "X" en el cuadro correspondiente, en su caso
(18) Nombre del centro de responsabilidad y oficina específica
(19) Anotar la clave correspondiente de acuerdo al catálogo de centro de responsabilidad
(20) Programa al que está asignado el puesto con el que se genere el documento
(21) Anotar el subprograma
(22) Anotar la clave del centro de responsabilidad que emite el documento
(23) Partida presupuesta
(24) Código del puesto de acuerdo al catálogo institucional
(25) Anotar horas o el número de la unidad responsable de adscripción real en el caso de recursos humanos en formación
(26) Número correspondiente en el que se efectúa el movimiento o dejar en blanco en su caso
(27) Anotar una "X" en el cuadro correspondiente de acuerdo a la jornada asignada
(28) Anotar una "X" en el cuadro correspondiente
(29) Tabulador
(30) Descripción que identifica el puesto de acuerdo al catálogo correspondiente
(31) En su caso, anotar la clave que el trabajador tenía asignada antes de la operación de este movimiento

(32) Anotar clave del centro de responsabilidad
(33) Nombre del trabajador que ocupaba el puesto en que se genera el movimiento o del contribuyente en caso de pensión alimenticia
(34) Número de documento correspondiente a la incidencia que genera el recurso
(35) Registro federal de contribuyentes del trabajador que ocupaba el puesto
(36) Año, mes, día de inicio
(37) Año, mes, día de término
(38) Código del movimiento y descripción de acuerdo al catálogo
(39) Anotar una "X" en el cuadro correspondiente
(40) Anotar la denominación de la licencia de acuerdo al catálogo
(41) Número de días que comprende la licencia
(42) Clave de tipo de cuota en el caso de pensión alimenticia
(43) Anotar la clave de quinquenio correspondiente en su caso
(44) Anotar en el renglón la partida presupuestal a afectar
(45) Incremento o disminución a modificar
(46) Las correspondientes al puesto en el tabulador institucional a las normas de aplicación establecidas por la spp
(46.1) Sumar los importes de percepciones actuales, incremento o disminución y acordadas
(47) Justificación y/o movimientos del movimiento
(48) Nombre y firma del titular responsable de la unidad o del director administrativo en el caso de estados descentralizados
(49) Nombre y firma del titular responsable de la unidad o del director administrativo en el caso de estados descentralizados
(50) Aunque la leyenda impresa menciona "autorizo", debe tomarse en cuenta que el C. oficial mayor ha delegado dicha facultad en los titulares de los estados descentralizados y en el C. Director General de Administración de Personal para el resto de los estados

NOMBRAMIENTO POR ESCALAFÓN

O.P.D. SALUD

Nº 5018- (33)
Oficio:
Asunto: NOMBRAMIENTO

CHIAUTEMPAN, TLAX., A (34)

HAGO DE SU CONOCIMIENTO QUE CON MOTIVO DEL PROCESO DE ESCALAFÓN EN EL QUE USTED PARTICIPÓ, SE LE COMUNICA QUE A PARTIR DEL (1) , DEJA LA FUNCIÓN DE (2), CON CLAVE PRESUPUESTAL (3) (4); DE ACUERDO A LO ANTERIOR Y CON FUNDAMENTO EN LOS ARTÍCULOS 90 DEL REGLAMENTO DE ESCALAFÓN Y 17 DE LAS CONDICIONES GENERALES DE TRABAJO DE LA SECRETARÍA DE SALUD, SE OTORGA **NOMBRAMIENTO POR ESCALAFÓN** CON LOS DATOS QUE A CONTINUACIÓN SE DETALLAN:

DATOS DEL TRABAJADOR:

NOMBRE: (5)
R.F.C.: (6)
C.U.R.P.: (7)
EDAD: (8)
NACIONALIDAD: (9)
SEXO: (10)
ESTADO CIVIL: (11)
DOMICILIO: (12)

DATOS LABORALES:

CLAVE PRESUPUESTAL: (13)
FUNCIÓN: (14)
TIPO DE NOMBRAMIENTO: (15)
JORNADA DE TRABAJO: (16)
HORARIO DE TRABAJO: EL QUE LE ASIGNE SU UNIDAD
SUELDO: (17)
LUGAR DE ADSCRIPCIÓN: (18)
VIGENCIA: (19)
SUSTITUYE A: (20) (21)

POR LO QUE DEBERÁ PRESENTARSE CON (22), (23), QUIEN LE ASIGNARÁ SU ÁREA, TURNO Y HORARIO DE LABORES.
ASIMISMO SE LE EXHORTA A CUMPLIR DE MEJOR FORMA EN EL DESEMPEÑO DE LAS TAREAS INHERENTES A SU NUEVO CÓDIGO FUNCIONAL.

ATENTAMENTE

EL SECRETARIO DE SALUD EN EL ESTADO Y

DIRECTOR GENERAL DEL O.P.D. SALUD DE TLAXCALA

(24)

c.c.p.

(25)
(26)
(27)
(28)
(29)
(30)

INSTRUCTIVO DE LLENADO

(1) Anotar la fecha del cambio de plaza
(2) Anotar la función que deja
(3) Anotar la clave presupuestal que deja
(4) Anotar el tipo de plaza que deja
(5) Anotar nombre completo del trabajador
(6) Anotar R.F.C. con homoclave del trabajador
(7) Anotar CURP del trabajador
(8) Anotar edad cumplida del trabajador
(9) Anotar la nacionalidad del trabajador
(10) Anotar el sexo del trabajador
(11) Anotar el estado civil del trabajador
(12) Anotar el domicilio completo con número, colonia, estado y código postal del trabajador
(13) Anotar clave presupuestal del Nuevo Nombramiento
(14) Anotar la descripción del nuevo código
(15) Anota el tipo de plaza otorgado
(16) Anotar le número de horas a laborar de acuerdo al nuevo código
(17) Anotar el sueldo tabular asignado
(18) Anotar el nombre de la unidad de adscripción
(19) Anotar la fecha a partir de cuando entra en vigencia el nombramiento
(20) Anotar e nombre de la persona la que sustituye
(21) Anotar le motivo de sucesión
(22) Anotar el nombre del directivo o jefe de la unidad a donde se va a dirigir
(23) Anotar el cargo del directivo o jefe de la unidad a donde se va a dirigir
(24) Anotar el nombre del titular del organismo
(25) Anotar el nombre del director (a) de administración
(26) Anotar el nombre del contralor (a) interno
(27) Anotar el nombre del (a) Secretario General del Sindicato Sección XXVII
(28) Anotar el nombre del Directivo de la Unidad que se dirige
(29) Anotar el nombre del jefe (a) del departamento de recursos humanos
(30) Anotar el nombre del jefe (a) de oficina de administración de nóminas
(31) Anotar el nombre del jefe (a) de oficina de relaciones laborales
(32) Anotar la fecha de elaboración del oficio
(33) Anotar el número de oficio asignado por el área de correspondencia
(34) Anotar la fecha de registro del oficio de término de nombramiento

NOMBRAMIENTO POR PROMOCIÓN

TLX O.P.D. SALUD

N° Oficio: 5018- (33)

Asunto: **NOMBRAMIENTO**

CHIAUTEMPAN, TLAX., A (34)

HAGO DE SU CONOCIMIENTO QUE A PARTIR DEL (1) , DEJA LA (2), CON CLAVE PRESUPUESTAL (3) (4) ; EN BASE A LO ANTERIOR SE OTORGA **NOMBRAMIENTO POR PROMOCIÓN** CON LOS DATOS QUE A CONTINUACIÓN SE DETALLAN:

DATOS DEL TRABAJADOR:

NOMBRE: (5)
R.F.C.: (6)
C.U.R.P.: (7)
EDAD: (8)
NACIONALIDAD: (9)
SEXO: (10)
ESTADO CIVIL: (11)
DOMICILIO: (12)

DATOS LABORALES:

CLAVE PRESUPUESTAL: (13)
FUNCIÓN: (14)
TIPO DE NOMBRAMIENTO: (15)
JORNADA DE TRABAJO: (16)
HORARIO DE TRABAJO: EL QUE LE ASIGNE SU UNIDAD
SUELDO: (17)
LUGAR DE ADSCRIPCIÓN: (18)
VIGENCIA: (19)
SUSTITUYE A: (20) (21)

POR LO QUE DEBERÁ PRESENTARSE CON EL (LA) (22), (23) DE LA UNIDAD DE REFERENCIA.

ASIMISMO SE LE EXHORTA A CUMPLIR DE MEJOR FORMA EN EL DESEMPEÑO DE LAS TAREAS INHERENTES A SU NUEVA PLAZA FUNCIONAL.

ATENTAMENTE

EL SECRETARIO DE SALUD EN EL ESTADO Y

DIRECTOR GENERAL DEL O.P.D. SALUD DE TLAXCALA

(24)

c.c.p.

(25)
(26)
(27)
(28)
(29)
(30)
(31)

(32)

INSTRUCTIVO DE LLENADO

(1) Anotar la fecha del cambio de plaza
(2) Anotar la función que deja
(3) Anotar la clave presupuestal que deja
(4) Anotar el tipo de plaza que deja
(5) Anotar nombre completo del trabajador
(6) Anotar R.F.C. con homoclave del trabajador
(7) Anotar CURP del trabajador
(8) Anotar edad cumplida del trabajador
(9) Anotar la nacionalidad del trabajador
(10) Anotar el sexo del trabajador
(11) Anotar el estado civil del trabajador
(12) Anotar el domicilio completo con número, colonia, estado y código postal del trabajador
(13) Anotar clave presupuestal del Nuevo Nombramiento
(14) Anotar la descripción del nuevo código
(15) Anota el tipo de plaza otorgado
(16) Anotar le número de horas a laborar de acuerdo al nuevo código
(17) Anotar el sueldo tabular asignado
(18) Anotar el nombre de la unidad de adscripción
(19) Anotar la fecha a partir de cuando entra en vigencia el nombramiento
(20) Anotar e nombre de la persona la que sustituye
(21) Anotar le motivo de sucesión
(22) Anotar el nombre del directivo o jefe de la unidad a donde se va a dirigir
(23) Anotar el cargo del directivo o jefe de la unidad a donde se va a dirigir
(24) Anotar el nombre del titular del organismo
(25) Anotar el nombre del director (a) de administración
(26) Anotar el nombre del contralor (a) interno
(27) Anotar el nombre del (a) Secretario General del Sindicato Sección XXVII
(28) Anotar el nombre del Directivo de la Unidad que se dirige
(29) Anotar el nombre del jefe (a) del departamento de recursos humanos
(30) Anotar el nombre del jefe (a) de oficina de administración de nóminas
(31) Anotar el nombre del jefe (a) de oficina de relaciones laborales
(32) Anotar la fecha de elaboración del oficio
(33) Anotar el número de oficio asignado por el área de correspondencia
(34) Anotar la fecha de registro del oficio de término de nombramiento

NOMBRAMIENTO CONFIANZA (RH-RL-03C)

O.P.D. SALUD

Nombramiento de Confianza (RH-RL-03C)

No. Oficio 5018- 1
Nombramiento Confianza RH-RL-NOM-03C

Santa Ana Chiautempan, Tlax., a 2

3
P R E S E N T E

Con fundamento en el Artículo 5 Fracción II Inciso a), 12 y 15 de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Artículos 5, 9 y 10 de la Ley Laboral de los Servidores Públicos del Estado de Tlaxcala y sus Municipios y al Artículo 5 Fracción XXI del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud del Estado; hago de su conocimiento la siguiente designación:

Datos Laborales:

CLAVE PRESUPUESTAL:	4
DESCRIPCIÓN DEL CÓDIGO:	5
FUNCION:	6
TIPO DE NOMBRAMIENTO:	7
JORNADA DE TRABAJO:	8
SUELDO:	9
LUGAR DE ADSCRIPCIÓN:	10
VIGENCIA:	11

Datos Complementarios:

R.F.C.:	12
C.U.R.P.:	13
NACIONALIDAD:	14
EDAD:	15
SEXO:	16
ESTADO CIVIL:	17
DOMICILIO:	18

Por lo que deberá presentarse con el _____19_____, titular de la unidad de adscripción, quien le asignará su turno y horario de labores.

A T E N T A M E N T E
SECRETARIO DE SALUD EN EL ESTADO Y
DIRECTOR GENERAL DEL O.P.D. SALUD DE TLAXCALA

20

c.c.p.
Nombre del Titular -Directora de Administración.- Edificio 21
Nombre del Titular -Contralor Interno.- Edificio 22
Nombre del Titula - Jefe del Departamento de Recursos Humanos.- Edificio 23
Nombre del Titula - Jefe de la Oficina de Administración de Nominas.- Edificio 24
Nombre del Titular- Encargado de la Oficina de Relaciones Laborales.- Edificio.25
Expediente Persona 26

INSTRUCTIVO DE LLENADO

(1) Colocar número de Oficio
(2) Indicar la fecha de elaboración del Nombramiento
(3) Escribir el nombre completo de la persona empezando por nombre (s), apellido paterno y apellido materno
(4) Escribir clave presupuestal que va a ocupar con el nombramiento, debiendo estar a 16 dígitos
(5) Escribir la denominación del código que va a desempeñar
(6) Escribir la función que va a desempeñar el titular del nombramiento
(7) Escribir el tipo de nombramiento del que se trata
(8) Escribir la jornada de trabajo
(9) Escribir el sueldo que corresponde a la clave presupuestal
(10) Escribir el lugar de adscripción
(11) Escribir la fecha de vigencia del nombramiento
(12) Escribir RFC a trece dígitos
(13) Escribir CURP tal como aparece en la página de RENAPO
(14) Indicar nacionalidad
(15) Escribir la edad cumplida en años
(16) Escribir el sexo que corresponda pudiendo ser masculino o femenino
(17) Escribir el estado civil
(18) Escribir el domicilio actual, qué debe coincidir con su comprobante de domicilio
(19) Nombre completo del titular de la unida o jurisdicción
(20) Nombre completo y firma del director general y secretario de salud
(21) Copia para el Director (a) de Administración
(22) Copia para el Contralor (a) Interno
(23) Copia para el Jefe (a) del Departamento de Recursos Humanos
(24) Copia para el Jefe (a) de la Oficina de Administración de nóminas
(25) Copia para el Jefe (a) de la Oficina de Relaciones Laborales
(26) Copia para el expediente personal del interesado

OFICIO DE CAMBIO DE ADSCRIPCIÓN

O.P.D. SALUD

Dirección de Administración
Departamento de Recursos Humanos

N° Oficio: 5018- (28)

Asunto: **Cambio de Adscripción**

Santa Ana Chiautempan, Tlax., (29)

(1)
(2)
(3)
Presente

Hago de su conocimiento que de acuerdo a los Artículos 16 Fracción I de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado; 133 fracción XIII, 179 fracción I, VI y 185 de las Condiciones Generales de Trabajo que rigen a esta Secretaria de Salud; 35 Fracción VII del Reglamento Interior del OPD Salud de Tlaxcala, y al oficio sindical (4), **a partir del (5) del año en curso, se le cambia de adscripción como a continuación se detalla:**

	Adscripción Actual	Nueva Adscripción
Unidad:	(6)	(12)
Jornada de Trabajo:	(7)	(13)
Código:	(8)	(14)
Clave presupuestal:	(9)	(15)
Denominación:	(10)	(16)
Función:	(11)	(17)

Por lo que deberá presentarse con el (18), Director de la Unidad de referencia, quien le asignara su área y horario de labores.

ATENTAMENTE
DIRECTORA DE ADMINISTRACION DE LA SECRETARIA DE SALUD
EN EL ESTADO Y O.P.D. SALUD DE TLAXCALA

(19)

Con copia para:
(20) Secretario(a) de Salud del Estado y Director Gral. de Salud de Tlaxcala.- Edificio.
(21) Srio (a)I. Gral. de la Sección 27 del S.N.T.S.A.- Presente.
(22) Director de Atención Especializada a la Salud.- Edificio.
(23) Director del Hospital Infantil de Tlaxcala.- Presente.
(24) Director del Hospital General de Nativitas.- Presente.
(25) Jefe del Departamento de Recursos Humanos.- Edificio.
(26) Jefe de la Oficina de Administración de Nóminas.- Edificio.
(27) Jefe de la Oficina de Relaciones Laborales.- Edificio.

Ignacio Picazo Nte. No. 25
Col. Centro Chiautempan, Tlax. C.P. 90800
Teléfonos: (246) 46 2 10 60, ext. 8022

INSTRUCTIVO DE LLENADO

(1) Anotar nombre completo del trabajador
(2) Anotar RFC con homoclave del trabajador
(3) Anotar el tipo de contratación del trabajador
(4) Anotar el número de oficio en el que se da la indicación del cambio de adscripción
(5) Anotar la fecha en la que deberá realizarse el cambio de adscripción
(6) Anotar la unidad actual de adscripción del trabajador
(7) Anotar la jornada en que actualmente se desempeña el trabajador
(8) Anotar el código que ostenta actualmente el trabajador
(9) Anotar la clave presupuestal actual del trabajador
(10) Anotar la denominación del puesto que actualmente desempeña el trabajador
(11) Anotar la función que actualmente desempeña el trabajador
(12) Anotar la unidad de nueva adscripción del trabajador
(13) Anotar la nueva jornada del trabajador
(14) Anotar el nuevo código del trabajador
(15) Anotar la nueva clave presupuestal del trabajador
(16) Anotar la nueva denominación del puesto que ostentará el trabajador
(17) Anotar la nueva función que desempeñará el trabajador
(18) Anotar el nombre del Director de la nueva unidad de adscripción
(19) Anotar el nombre del Director (a) de Administración
(20) Anotar el nombre del titular del organismo
(21) Anotar el nombre del (a) Secretario General del Sindicato Sección XXVII
(22) Anotar el nombre del Director (a) de Atención Especializada o Primaria a la Salud, según corresponda
(23) Anotar el nombre de la Unidad de Origen del Trabajador
(24) Anotar nombre del Director de la unidad de la nueva adscripción del trabajador
(25) Anotar el nombre del jefe (a) de departamento de recursos humanos
(26) Anotar el nombre del jefe (a) de la oficina de administración de nóminas
(27) Anotar el nombre del jefe (a) de la oficina de relaciones laborales
(28) Anotar el número de oficio asignado por el área que corresponda
(29) Anotar la fecha de registro del oficio de término del nombramiento

OFICIO DE COMISIÓN OFICIAL

O.P.D. SALUD

Dirección de Administración
Departamento de Recursos Humanos

N° Oficio: 5018- 24

Asunto: 1

Santa Ana Chiautempan, Tlax., 25

...2
...3
P R E S E N T E

Comunico a usted que, actuando con fundamento en lo dispuesto por los Artículos 43 Fracción VIII inciso b) de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado; 149 de Las Condiciones Generales del Trabajo de la Secretaria de Salud y 35 Fracción VII del Reglamento Interior del O.P.D. Salud de Tlaxcala y, a partir del .4 y hasta el 5 queda como a continuación se detalla:

	Adscripción origen	Lugar de Comisión
Unidad	6	7
Código	8	8
Clave Presupuestal	9	9
Denominación	10	10
Función	11	12

Por lo que deberá presentarse con el 13 quien le dará las indicaciones necesarias para el desempeño de las funciones del código que ocupa.

Tendrá la obligación de realizar la entrega de los expedientes, documentos, fondos, valores o bienes, cuya administración o guarda estén a su cuidado.

Sin otro particular, envío a usted un saludo cordial.

ATENTAMENTE

14
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS
DEL O.P.D. SALUD DE TLAXCALA

Con copia para:
15.- Secretario de Salud del Estado y Director Gral. de Salud de Tlaxcala.- Edificio.
16.- Secretaria General de la Sección XXVII del S.N.T.S.A.- Presente.
17.- Directora de Administración.- Edificio
18.- Director de Atención Especializada a la salud o Jefatura Estatal de Enfermería.- Edificio
19.- Director de la Unidad de Origen. Presente
20.-Director de la Unidad de Comisión. Presente
21.- Jefa del Departamento de Recursos Humanos.- Edificio.
22.- Jefe de la Oficina de Administración de Nóminas.- Edificio.
23.- Encargado de la Oficina de Relaciones Laborales.- Edificio

Ignacio Picazo Nte. No. 25
Col. Centro Chiautempan, Tlax. C.P. 90800
Teléfonos: (246) 46 2 10 60, ext. 8022

INSTRUCTIVO DE LLENADO

(1) Especificar si el Oficio es de Comisión o Continuidad de Comisión
(2) Anotar el nombre completo del trabajador
(3) Anotar el tipo de plaza que ostenta el trabajador
(4) Anotar la fecha de inicio de la comisión
(5) Anotar la fecha de término de la comisión
(6) Anotar el lugar de origen de adscripción del trabajador
(7) Anotar el lugar de adscripción de la comisión del trabajador
(8) Anotar el código del trabajador
(9) Anotar la clave presupuestal el trabajador
(10) Anotar la denominación del puesto
(11) Anotar la función que desempeña el trabajador
(12) Anotar la función que desempeñará en la comisión
(13) Anotar el nombre del director o encargado de la unidad a la que se comisiona el trabajador
(14) Anotar el nombre del jefe (a) de departamento de recursos humanos
(15) Anotar el nombre del Secretario de Salud del Estado y Director General del Organismo
(16) Anotar el nombre del (a) Secretario General del Sindicato Sección XXVII
(17) Anotar el nombre del Director (a) de Administración
(18) Anotar el nombre del Director (a) de Atención Especializada o Primaria a la Salud, según corresponda
(19) Anotar nombre del director o encargado de la unidad de origen
(20) Anotar nombre del director o encargado de la unidad de comisión
(21) Anotar el nombre del jefe (a) de departamento de recursos humanos
(22) Anotar el nombre del jefe (a) de la oficina de administración de nóminas
(23) Anotar el nombre del jefe (a) de la oficina de relaciones laborales
(24) Anotar el número de oficio asignado por el área de correspondencia
(25) Anotar la fecha de registro del oficio

LICENCIA CON GOCE DE SUELDO (RH-CA-11)

O.P.D. SALUD

Formato Licencia con Goce de Sueldo. (RH-CA-11)

No. Oficio **5018-1**

RH-CA-11

Asunto: Se autoriza de licencia con goce de sueldo por _____2_____ por _____3_____ días.

_____4_____ Tlax. a __5___ de _____6_____ de 201_7___.

C. _____8_____
P R E S E N T E

En atención a su solicitud de licencia con goce de sueldo, comunico a usted que con fundamento en los artículos 130 fracción X, 132 fracción XXII, 134 fracción XXVII y 160 fracción _____9_____ inciso ____10___ de las Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud **se autoriza licencia con goce de sueldo considerando como circunstancia justificada: 11**

( ) El fallecimiento de un familiar de primer o segundo grado.
( ) Realizar algún trámite ante Dependencia oficial, fuera de su lugar de residencia.
( ) Someterse o un familiar en primero o segundo grado a algún tratamiento de salud.
( ) Causa justificada a juicio de la Secretaría de Salud y OPD Salud de Tlaxcala.

Por el período del _____12_____ al _____13_____ (_____14_____) días.

Así mismo, de acuerdo a los artículos 133 fracción XII y 151 de las Condiciones, se le informa que deberá presentarse al siguiente día hábil al término de la misma, en la inteligencia de que, de no hacerlo, desde esa fecha comenzarán a computarse las faltas de asistencia para los efectos a que hubiere lugar.

A T E N T A M E N T E

C. _____15_____

c.c.p. ----------.- Sria. Gral. de la Secc. XXVII del S.N.T.S.A.16
c.c.p. ---------- Jefe de la Oficina de Administración de Nómina.17
c.c.p. ----------.- Jefe de la Oficina de Relaciones Laborales.18
c.c.p. Control de Asistencia de la Unidad.19

INSTRUCTIVO DE LLENADO

(1) Colocar el número de oficio
(2) Indicar el motivo de la licencia, de acuerdo a las Condiciones Generales de Trabajo y la que se selecciona en el número 11 del presente formato
(3) Escribir el número de días solicitados
(4) Lugar donde se solicita
(5) Escribir con dígito el día en que se elabora
(6) Escribir con letra el mes completo en el que se está solicitando la licencia
(7) Escribir el año correspondiente de la fecha de elaboración, 4 dígitos
(8) Nombre completo del trabajador que solicita la licencia con el siguiente orden: nombre (s), apellido paterno y apellido materno
(9) Indicar la fracción I, II, III o IV, según corresponda al número de días de la licencia con base en la antigüedad del trabajador
(10) Indicar el inciso que indica el motivo de la licencia solicitada
(11) Marcar con una "X" la circunstancia considerada en la licencia
(12) Indicar la fecha en formato DD/mes completo/AAAA en que comienza la licencia
(13) Establecer la fecha en formato DD/mes completo /AAAA en que finaliza la licencia
(14) Escribir con número los días de licencia
(15) Nombre y firma del jefe de la unidad que autoriza la licencia
(16) Escribir el nombre completo de la Secretaria General de la Secc. XXVII del S.N.T.S.A
(17) Anotar el nombre completo del jefe (a) de la oficina de administración de nóminas
(18) Anotar el nombre completo del jefe (a) de la oficina de relaciones laborales
(19) Anotar el nombre completo del responsable de recursos humanos de la unidad

LICENCIA SIN GOCE DE SUELDO (RH-CA-12)

O.P.D. SALUD

Formato Licencia Sin Goce de Sueldo. (RH-CA-12)

RH-CA-12
Tarjeta:__1__

Asunto: Autorización de **licencia sin goce de sueldo.**

_____2_____, Tlax. a __3__de_____4_____de 20 5

C. 6

P R E S E N T E

En atención a su solicitud de Licencia Sin Goce de Sueldo, comunico a usted que con fundamento en el Artículo 159 Fracción __7__ de las Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud **se concede dicha petición** del _____8_____ al _____9_____ (__10__) días.

Asimismo de acuerdo a los artículos 151 y 169 de las Condiciones, deberá dar aviso de reincorporación quince días naturales antes de que concluya dicha licencia, y al término de la misma deberá reanudar labores al siguiente día laborable.

A T E N T A M E N T E

C._____11_____

Con copia para:
c.c.p. ----------.- Sria. Gral. de la Secc. XXVII del S.N.T.S.A.12
c.c.p. ---------- Jefe de la Oficina de Administración de Nómina.13
c.c.p. ----------.- Jefe de la Oficina de Relaciones Laborales.14
c.c.p. Control de Asistencia de la Unidad.15

TLAXCALA
CONSTRUIR Y CRECER JUNTOS
GOBIERNO DEL ESTADO 2017-2021