



VERACRUZ  
GOBIERNO  
DEL ESTADO



**SEFIPLAN**  
Secretaría de Finanzas  
y Planeación



# MANUAL

## de Recursos Humanos

**SUBSEFA**

Subsecretaría de Finanzas  
y Administración

**ADMINISTRACIÓN**

Dirección General de  
Administración

Elaboró:  
Subsecretaría de Finanzas y Administración  
Dirección General de Administración  
Subdirección de Recursos Humanos

Xalapa - Enríquez, Veracruz de Ignacio de la Llave, Agosto de 2024

# Manual de Recursos Humanos

## ÍNDICE

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Presentación</b>   | <b>1</b>  |
| <b>Marco Jurídico</b>                                       | <b>4</b>  |
| <b>Directorio</b>   | <b>6</b>  |
| <b>1. Admisión de Personal</b>                              | <b>8</b>  |
| 1.1. Reclutamiento y Selección                              | 9         |
| 1.2. Contratación   | 10        |
| 1.3. Servicio Social, Prácticas o Residencias Profesionales | 14        |
| <b>2. Control de Plazas y Movimientos de Personal</b>       | <b>39</b> |
| 2.1. Control de Plazas                                      | 40        |
| 2.2. Movimientos de Personal                                | 44        |
| <b>3. Nómina</b>  | <b>57</b> |
| 3.1. Plantillas de Ocupación de Plazas                      | 58        |
| 3.2. Emisión de Nómina                                      | 58        |
| 3.3. Revisión y Análisis de las Nóminas de Entidades (OPD)  | 63        |
| 3.4. Timbrado de Nómina                                     | 64        |
| <b>4. Seguridad Social: Obligaciones y Prestaciones</b>     | <b>79</b> |
| 4.1. Instituto de Pensiones del Estado                      | 80        |
| 4.2. Seguro Social  | 87        |
| 4.3. Sistema de Ahorro para el Retiro (S.A.R.)              | 93        |
| 4.4. Seguro Institucional                                   | 96        |
| 4.5. Seguro de Retiro                                       | 99        |
| 4.6. Seguro de Vida y Pago de Marcha                        | 101       |
| 4.7. Finiquito a Beneficiarios de Trabajadores Fallecidos   | 102       |
| 4.8. Estímulo por Antigüedad                                | 103       |
| 4.9. Hoja de Servicios                                      | 104       |

## Manual de Recursos Humanos

|   |   |            |
|---|---|------------|
| 4.10.   | Ayuda para la Adquisición de Lentes, Aparatos Ortopédicos y Auditivos       | 104        |
| 4.11.   | Becas para los hijos del personal sindicalizado                             | 106        |
| 4.12.   | Servicio Médico   | 106        |
| 4.13.   | Conclusión de la Relación Laboral   | 108        |
| <b>5. Desarrollo de Actividades Socioculturales y Deportivas</b>                            |   | <b>136</b> |
| 5.1.  | Día de Reyes  | 137        |
| 5.2.  | Día del Niño  | 137        |
| 5.3.  | Día de la Madre   | 137        |
| 5.4.  | Día del Padre   | 137        |
| 5.5.  | Día del Empleado  | 137        |
| 5.6.  | Posada Navideña   | 138        |
| 5.7.  | Deportivas  | 138        |
| 5.8.  | Otros   | 138        |
| <b>6. Control de Asistencia, Permisos, Incidencias, Vacaciones y Descansos Obligatorios</b> |   | <b>141</b> |
| 6.1.  | Control de Asistencia   | 142        |
| 6.2.  | Permisos y Comisiones   | 142        |
| 6.2.1.  | Permiso Económico   | 143        |
| 6.2.2.  | Permiso por Cuidados Médicos  | 143        |
| 6.2.3.  | Permiso por Duelo   | 143        |
| 6.2.4.  | Permiso por Dos Horas   | 143        |
| 6.2.5.  | Permiso para Estudiantes  | 143        |
| 6.2.6.  | Permiso de Salida al IMSS   | 144        |
| 6.2.7.  | Permiso para Comisión Sindical  | 144        |
| 6.2.8.  | Permiso por Comisiones Oficiales (Internas y Externas)                      | 145        |
| 6.2.9.  | Permiso por Lactancia   | 146        |
| 6.2.10.   | Permiso por Paternidad  | 146        |
| 6.2.11.   | Permiso Salida Oficial (Oficial Todo el Turno y/o Entrada y Salida Oficial) | 146        |
| 6.3.  | Vacaciones  | 146        |
| 6.4.  | Descansos   | 147        |
| 6.4.1.  | Días de Descanso Obligatorio  | 147        |
| 6.5.  | Incidencias (Disposiciones Generales)                                       | 147        |
| 6.5.1.  | Retardos  | 147        |
| 6.5.2.  | Sanciones disciplinarias  | 147        |

## Manual de Recursos Humanos

|  |            |
|--|------------|
| 6.5.3. Faltas de Asistencia  | 148        |
| <b>7. Orden y Disciplina</b>   | <b>151</b> |
| 7.1. Disposiciones de Orden  | 152        |
| 7.2. Disposiciones Disciplinarias  | 154        |
| <b>8. Laudos</b>   | <b>157</b> |
| 8.1. Trámite de Pago de Laudos y Liquidaciones por Indemnizaciones y por Sueldos y Salarios Caídos | 158        |
| <b>Anexos</b>  | <b>164</b> |
| <b>Firmas de Autorización</b>  | <b>174</b> |

## PRESENTACIÓN

El Plan Veracruzano de Desarrollo (PVD) 2019-2024, establece como eje transversal el Programa especial de Honestidad y Austeridad en la planeación, organización, manejo y uso de los recursos humanos, materiales, financieros y de informática del Estado, conceptos asociados a la ética individual que son extensivos a la esfera pública y al actuar institucional de los distintos niveles de Gobierno, mismos que permitirán a la Secretaría de Finanzas y Planeación organizar, gestionar, ordenar y normar la provisión de recursos financieros, materiales y humanos al interior de la Administración Pública, para el ejercicio legal y transparente de los recursos estatales, con la finalidad, en todo momento, del bienestar de la sociedad veracruzana.

Bajo la consideración de este documento rector y para dar cumplimiento a la mejora de las políticas y procesos de los servicios públicos, que en administraciones pasadas colocaron a la entidad en los últimos lugares de competitividad, calidad e impacto gubernamental, se considera prioritario actualizar el Manual de Recursos Humanos que data del año 2012, con el objetivo de adecuarlo a la dinámica actual de las Dependencias y Entidades del Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Veracruz para alcanzar la eficiencia y eficacia en la gestión de la presente administración, y en consecuencia, facilitar el conocimiento y la ejecución de las funciones de las diferentes áreas del presente Manual.

Es necesario incluir lo señalado en el Decreto por el que se Establece el Programa de Consolidación de los Servicios Personales de la Dependencias y Entidades del Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Veracruz, publicado en la Gaceta Oficial del Estado, de fecha 07 de enero del año 2013, cuyo objetivo es establecer un Sistema Único de Administración de Personal con políticas y criterios uniformes en materia de recursos humanos, que tenga como base una misma plataforma tecnológica que garantice el orden, eficiencia y eficacia en el ejercicio del gasto por servicios personales.

Asimismo, el 27 de enero de 2014 se emitió el Decreto por el que se faculta a la Secretaría de Finanzas y Planeación para realizar el Proceso de Sellado Digital y Timbrado de todos los Pagos por Servicios Personales de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal.

En este sentido, la Secretaría de Finanzas y Planeación actualizó el presente Manual de Recursos Humanos para las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, en el marco de la normatividad que rige la tarea de administrar el factor humano, considerando los lineamientos y las disposiciones que marca la Ley Estatal del Servicio Civil del Estado y las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz, cuyos objetivos están encaminados a:

- ✓ Estandarizar los criterios de aplicación, instrumentación y administración de personal de las unidades de trabajo.
- ✓ Contribuir a la comprensión expedita de los derechos y obligaciones de los trabajadores en materia de Recursos Humanos.

En ese tenor y con el fin de contribuir al fortalecimiento de un actuar ético, se integra el Manual de Recursos Humanos con los siguientes apartados que servirán de guía esencial en el desempeño laboral:

## Manual de Recursos Humanos

|  |   |
|--|---|
| Presentación   | Se actualiza el Manual de Recursos Humanos con el propósito de establecer una guía actualizada de la gestión de funciones para el eficiente desempeño de los servidores públicos que integran la estructura organizacional de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal.  |
| Marco Jurídico   | Enuncia los ordenamientos o disposiciones legales que fundamentan y norman al recurso humano.   |
| Directorio   | Menciona el nombre del C. Gobernador del Estado y de los titulares de las Dependencias del Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave.  |
| Admisión de Personal                                   | Señala los procesos de reclutamiento, selección y contratación de personal, así como de servicio social, prácticas o residencias profesionales, cuya finalidad es concentrar los candidatos potencialmente aptos para desempeñarse en puestos vacantes o de nueva creación.   |
| Control de Plazas y Movimientos de Personal            | Describe los procesos de acuerdo a los movimientos de creación, cancelación, recategorización, actualización, re zonificación, transferencia, congelación y descongelación de plazas, así como la creación de centros de trabajo para el control de la plantilla del Poder Ejecutivo.   |
| Nómina   | Describe los procesos para la elaboración de la nómina del personal de base, contrato y empleado temporal administrativo de las Dependencias del Poder Ejecutivo, así como los mecanismos para cumplir con la normatividad vigente para el pago de percepciones y deducciones, y la emisión del timbrado de la nómina, de acuerdo a las disposiciones fiscales que acrediten su validez.<br>De igual forma, describe los procesos para la validación de las nóminas de los Organismos Públicos Descentralizados |
| Seguridad Social: Obligaciones y prestaciones          | Describe el proceso de incorporación al Seguro Social de los Trabajadores al Servicio del Estado, así como la prestación para la adquisición de anteojos, aparatos ortopédicos y auditivos, la adhesión al Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) y estímulos económicos por los años de servicio.  |
| Desarrollo de Actividades Socioculturales y Deportivas | Derivado de la importancia de mejorar el ambiente laboral y lograr una mejor calidad de vida entre los trabajadores de las Dependencias del Poder Ejecutivo,  |

## Manual de Recursos Humanos

|  |   |
|--|---|
|  | se fomenta la participación del personal en actividades de esparcimiento sociocultural y deportivas.  |
| Control de asistencia, permisos, vacaciones y descansos obligatorios | Describe las medidas de control para asistencia, permisos, vacaciones y descansos obligatorios otorgados por Ley a los servidores públicos de las Dependencias de la Administración Pública Estatal.  |
| Orden y disciplina   | Señala las razones que por seguridad, orden y disciplina los trabajadores de las Dependencias deberán observar durante su actuar, así mismo, hace mención de las sanciones congruentes con las Leyes y Reglamentos que rigen al personal que labora en la Administración Pública Estatal. |
| Laudos   | Señala el trámite de los pagos destinados a cubrir el importe determinado en los laudos dictados por la autoridad competente, favorables a aquellos (ex) trabajadores al servicio de las Dependencias del Poder Ejecutivo y Entidades.  |
| Anexos   | Información complementaria necesaria para aplicar en las fases del presente Manual.   |
| Firmas de Autorización   | Se registra la firma autógrafa del titular de la Secretaría, Subsecretario de Finanzas y Administración, Director General de Administración y Subdirector de Recursos Humanos.  |

Es importante mencionar que aquellos organismos públicos descentralizados o de participación estatal que administren cuerpos operativos, de investigación o de seguridad pública, podrán aplicar el presente manual como un mecanismo orientador, salvo aquellos casos en que se contraponga lo dispuesto en sus decretos de creación, leyes y reglamentos que regulen su funcionamiento, normen la relación laboral existente, así como, los derechos y obligaciones que deriven de la misma entre las distintas entidades paraestatales y sus trabajadores.

### MARCO JURÍDICO

El presente Manual de Recursos Humanos para las Dependencias del Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave tiene sustento jurídico en lo dispuesto por:

#### **a) En el ámbito Federal:**

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.  
Pub. o Prom. 05/02/1917, U.R.A. DOF 24-01-2024
- Ley de Coordinación Fiscal.  
Pub. o Prom. 27/12/1978, U.R.A. DOF 03-01-2024
- Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.  
Pub. o Prom. 30/03/2006, U.R.A. DOF 13-11-2023
- Ley Federal del Trabajo.  
Pub. o Prom. 01/04/1970, U.R.A. DOF 24-01-2024
- Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado "B" del Artículo 123 Constitucional.  
Pub. o Prom. 30/12/1996, U.R.A. DOF 22-11-2021
- Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.  
Pub. o Prom. 11/06/2002, U.R.A. DOF 20-05-202
- Ley General de Contabilidad Gubernamental.  
Pub. o Prom. 31/12/2008, U.R.A. DOF 30-01-2018
- Ley del Impuesto Sobre la Renta.  
Pub. o Prom. 11/12/2013 U.R.A. DOF 12-11-2021
- Ley del Seguro Social.  
Pub. o Prom. 19/12/1995, U.R.A. DOF 24-01-2024

#### **b) En el ámbito Estatal:**

- Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Veracruz de Ignacio de la Llave.  
Pub. o Prom. 25/09/1917, U.R.A. 11-08-2022
- Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave.  
Pub. o Prom. 19/05/2000, U.R.A. 12-01-2024
- Ley Estatal del Servicio Civil de Veracruz.  
Pub. o Prom. 04/04/1992, U.R.A. 30-12-2016



## Manual de Recursos Humanos

- Ley de Pensiones del Estado de Veracruz.  
Pub. o Prom. 21/07/2014, U.R.A. 12-11-2015
- Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos para el Estado Libre y Soberano de Veracruz de Ignacio de la Llave.  
Pub. o Prom. 09/02/1984, U.R.A. 07-08-2015
- Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave.  
Pub. o Prom. 29/09/2016, U.R.A. 26/08/2013
- Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos obligados para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave.  
Pub. o Prom. 20/07/2017
- Ley de Austeridad para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave.  
G.O. 28/12/2018
- Código Financiero para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave.  
Pub. o Prom. 03/04/2001, U.R.A. 01-07-2022
- Decreto del Presupuesto de Egresos del Gobierno del Estado Libre y Soberano de Veracruz de Ignacio de la Llave, para el ejercicio fiscal correspondiente.
- Decreto que Establece el Código de Ética de los Servidores Públicos del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz.  
Pub. o Prom. 12/09/2013, U.R.A. 06/01/2014
- Decreto que Establece el Programa de Consolidación de los Servicios Personales de las Dependencias y Entidades del Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Veracruz.  
Pub. o Prom. 07/01/2013
- Decreto por el que se Faculta a la Secretaría de Finanzas y Planeación para realizar el Proceso del Sellado Digital y Timbrado de Todos los Pagos por Servicios Personales de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal.  
Pub. o Prom. 27/01/2014, U.R.A. 20-julio-2016
- Reglamento Interior de la Secretaría de Finanzas y Planeación.  
Pub. o Prom. 28/12/2011, U.R.A. 13-11-2023
- Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz.  
Pub. o Prom. 07/11/2023
- Marco Normativo de Percepciones y Deducciones de las Dependencias del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, para el ejercicio fiscal correspondiente.
- Circulares y otras disposiciones emitidas por el Gobierno del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave.

### DIRECTORIO

**Cuitláhuac García Jiménez**

Gobernador del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave

**Carlos Alberto Juárez Gil**

Secretario de Gobierno

**Cuauhtémoc Zúñiga Bonilla**

Secretario de Seguridad Pública

**José Luis Lima Franco**

Secretario de Finanzas y Planeación

**Víctor Emmanuel Vargas Barrientos**

Secretario de Educación

**Dorheny García Cayetano**

Secretaria de Trabajo, Previsión Social y Productividad

**Enrique de Jesús Nachón García**

Secretario de Desarrollo Económico y Portuario

**Elio Hernández Gutiérrez**

Secretario de Infraestructura y Obras Públicas

**Guillermo Fernández Sánchez**

Secretario de Desarrollo Social

**Evaristo Ovando Ramírez**

Secretario de Desarrollo Agropecuario, Rural y Pesca

**Guadalupe Díaz del Castillo Flores**

Secretaria de Salud

**Iván Francisco Martínez Olvera**

Secretario de Turismo

**Silvia Alejandre Prado**

Secretaria de Cultura

**Guadalupe Osorno Maldonado**

Secretaria de Protección Civil

**Juan Carlos Contreras Bautista**

Secretario de Medio Ambiente

**Miguel Ángel Olivares Martínez**

Contralor General

**Iván Joseph Luna Landa**

Coordinador General de Comunicación Social

## Manual de Recursos Humanos

**Waltraud Martínez Olvera**

Jefa de la Oficina de Programa de Gobierno

**Óscar Giovanni Canela Morales**

Jefe de la Oficina del C. Gobernador





# 1. Admisión de Personal

### 1. Admisión de Personal

#### 1.1 Reclutamiento y selección

Las Dependencias del Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, a través de sus áreas de Recursos Humanos, operan su bolsa de trabajo con la finalidad de atraer candidatos potencialmente aptos para desempeñarse en puestos vacantes o de nueva creación.

Con base en las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz vigente, podrán integrarse a la bolsa de trabajo aquellos aspirantes que cumplan con los siguientes requisitos:

1. Ser mayor de 16 años.
2. Ser de nacionalidad mexicana.
3. Aprobar los exámenes de admisión que aplique la Dependencia.
4. Tener los conocimientos y escolaridad que requiera el puesto.
5. Las y los extranjeros, independientemente de satisfacer los requisitos anteriores, deberán acreditar que se encuentran autorizados por la Secretaría de Gobernación para el desempeño de actividades remuneradas en el país.

Todo aspirante a ingresar a la bolsa de trabajo podrá hacerlo mientras ésta permanezca abierta, para lo cual tendrá que cumplirse el siguiente proceso:

1. Proporcionar a los aspirantes a la bolsa de trabajo, la información necesaria para su ingreso, dependiendo del caso.
2. Realizar una entrevista preliminar, a fin de analizar el perfil del candidato y especificaciones necesarias para su ingreso.
3. Confirmar la aceptación o rechazo del candidato, con el propósito de continuar con el proceso de selección.
4. Asignar al candidato la fecha y hora para la evaluación psicométrica, en la cual, entregará los siguientes documentos:
  - Currículum Vitae.
  - Copia de Credencial de Elector.
  - Fotografía tamaño infantil.
  - Constancia de Último Nivel de Estudios
5. Aplicar exámenes psicométricos de acuerdo a los perfiles solicitados acorde al Catálogo General de Puestos de la Administración Pública.
6. Solicitar al aspirante que requisiere el Registro de Datos Personales. **(Véase Formato No. 1)**
7. Integrar el expediente del aspirante, a fin de incluirse en la bolsa de trabajo, y en su caso, informar del resultado a la Unidad Administrativa que lo solicitó.

## Manual de Recursos Humanos

8. Los aspirantes seleccionados para ocupar una plaza vacante o de nueva creación serán aquellos que cubran el perfil del puesto y hayan calificado más alto como aptos en el proceso de selección aplicado.
9. Una vez elegida la persona idónea, el área que atienda los procesos de selección de personal, remitirá el expediente al área de contratación para dar inicio al trámite correspondiente.

A fin de garantizar el derecho a la igualdad entre mujeres y hombres en términos de la Ley en la materia, se advierte aplicar cualquier práctica, acción o disposición que atente contra los principios fundamentales de igualdad, equidad de género, no discriminación por razón de sexo, edad, estado civil, profesión, cultura, origen étnico o nacional, condición social, salud, religión, opinión o discapacidad.

### 1.2 Contratación

Un aspecto que se debe cuidar, es verificar que existan vacantes antes de generar una relación de trabajo.

Una vez seleccionado el candidato a ocupar una plaza vacante o de nueva creación, para efectos de su contratación, el Centro de Trabajo que solicita al candidato debe enviar oficio de propuesta al área de Recursos Humanos de la Dependencia indicando su contratación.

Por lo anterior, el personal de nuevo ingreso que haya sido seleccionado mediante el proceso de reclutamiento y selección, se presentará en el área de Recursos Humanos para continuar con la contratación correspondiente, misma que consiste en tres fases:

- a) Entrega de documentos personales.** Con la finalidad de integrar el expediente personal, el servidor público de nuevo ingreso entregará la siguiente documentación:
- Currículum vitae.
  - Constancia de No Inhabilitación emitida por la Contraloría General. *(Original)*
  - Fotografía tamaño infantil de frente. *(Una)*
  - Acta de nacimiento. *(Copia)*
  - Certificado o Constancia del grado máximo de estudios. *(Copia)*
  - Clave Única de Registro Poblacional CURP *(Copia)*.
  - Constancia de Situación Fiscal actualizada, expedida por el S.A.T. *(Copia)*.
  - Certificado médico reciente, expedido por una institución oficial. *(Original)*
  - Comprobante de domicilio. *(Copia)*
  - Número de Seguridad Social expedido por el IMSS. *(Copia)*
  - Credencial de Elector. *(Copia)*
  - Número de cuenta bancaria expedido por la Institución Bancaria afiliada.

En el caso de los servidores públicos que sean sujetos obligados a presentar declaración de situación patrimonial, es su obligación resguardar el acuse de recibo de su declaración inicial, modificación o conclusión, presentada previamente ante la Contraloría General.

Por la naturaleza de la información del expediente de personal, las Dependencias deberán apegarse a las disposiciones señaladas en la Ley de Protección de Datos

## Manual de Recursos Humanos

Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave y sus Lineamientos. En este sentido uno de los puntos importantes es hacer del conocimiento del trabajador el Aviso de Privacidad.

- b) Registro de datos generales.** Derivado de los documentos personales, se genera su número de personal con la finalidad de que sea registrado en el Sistema Central de Recursos Humanos. Las Dependencias no podrán contratar a personal que no haya complementado la totalidad de la documentación. Asimismo, se debe tomar una fotografía, para la elaboración de su Gafete de Identificación.

Las Dependencias son responsables de requisitar los datos de trabajador en cada una de las pestañas del expediente electrónico del personal de su adscripción dentro de "la libreta" del Sistema Central de Recursos Humanos.

Las Dependencias que cuenten con dispositivos electrónicos de huella dactilar para el registro de control de asistencia, procederán a registrar la huella correspondiente.

- c) Inducción a la Dependencia.** Finalmente, se le proporciona al servidor público de nuevo ingreso una inducción respecto de la Dependencia con la finalidad de que tenga conocimiento del Código de Ética, de la Visión y Misión de la institución, sus atribuciones, funciones y políticas, sus actividades a desarrollar, la estructura organizacional, sus derechos y obligaciones, así como la ubicación física de su centro de trabajo.

- d) Integración del expediente del personal.** Como resultado del proceso de contratación se apertura un expediente personal del servidor público, en formato digital y físico, el cual se integrará de la forma siguiente:

- Tarjeta de Identificación completamente requisitada o actualizada, según sea el caso. **(Véase formato No. 2)**
- Original del Aviso de Movimiento de Personal **(Anexo 5)**, del Contrato Individual de Trabajo por Tiempo Determinado **(Véase formato No. 3)** o del Contrato Individual de Trabajo por Tiempo Determinado para el Empleado Temporal Administrativo (ETA) **(Véase formato No. 4)**, según sea el caso.
- Todos los documentos solicitados en la contratación, así como aquellos de tipo oficial relacionados con su Dependencia que se consideren relevantes.

Es importante señalar, que en el caso del personal contratado por tiempo fijo u obra determinada, el Contrato debe ser autorizado por el Titular de la Unidad Administrativa o su equivalente.

## Manual de Recursos Humanos

El candidato una vez contratado será considerado como servidor público, formalizando así su relación con la Dependencia, de acuerdo al siguiente recuadro:

| Tipos de Contratación para los trabajadores al Servicio del Poder Ejecutivo |          |   |  |
|---|----------|---|--|
| PERMANENTE  | PLAZA    | Personal Definitivo                         | Aquél a quien se le haya otorgado el aviso de movimiento con ese carácter, después de cubrir con los requisitos señalados por la Ley Estatal del Servicio Civil de Veracruz y por las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz, y cuya actividad sea necesaria en forma permanente para el desarrollo de las actividades de la Entidad Pública. |
| TEMPORAL  | PLAZA    | Personal Interino                           | Aquél que sustituye temporalmente a una persona trabajadora de base.   |
|   |          | Personal Provisional                        | Aquél que ocupa una plaza sin titular, hasta que dicha plaza sea asignada en forma definitiva.   |
|   | CONTRATO | Personal por Tiempo Fijo u Obra Determinada | Se le contratará únicamente por un periodo establecido, para satisfacer necesidades eventuales de la Entidad Pública.<br><br>Y por obra determinada, es contratará para ejecutar una obra específica, desempeñando su trabajo solo por el tiempo que dure la realización de la misma.  |
| ETA   |          | Empleado Temporal Administrativo            | Aquel que presta sus servicios de manera temporal a fin de satisfacer una necesidad por un tiempo determinado.   |

Lo anterior, de acuerdo con lo establecido por el capítulo II de las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz y de la Ley Estatal del Servicio Civil de Veracruz.

Las plazas vacantes deberán ser cubiertas en las áreas que están adscritas, utilizando como fechas apropiadas para realizar el movimiento de alta los días 1º y 16 de cada mes. En el marco de los aspectos relativos a la contratación de nuevos servidores públicos, es importante acotar lo siguiente:

### a) Personal no sindicalizable

Son aquellos que están incluidos en el artículo 7º de la Ley Estatal del Servicio Civil de Veracruz y catalogados como de confianza, en el caso de las plazas no sindicalizadas de mandos medios y superiores, las determinaciones que se tomen al respecto para ejercerlas se harán en observancia a los lineamientos y disposiciones que estén vigentes en el marco jurídico de éste manual.

### b) Personal sindicalizable

Es aquel personal que está ocupando una plaza base, y que no se encuentra en los supuestos de lo que establece el artículo 7 de la Ley Estatal del Servicio Civil de Veracruz. Cuando se trate de plazas de base vacantes sindicalizadas, el Sindicato de conformidad con sus estatutos internos determinará los criterios de selección para proponer al aspirante a cubrir dicha vacante, de acuerdo con el perfil del puesto



## Manual de Recursos Humanos

solicitado por la Dependencia. Para lo cual, la Dependencia en apego a la evaluación diagnóstica y de conocimiento del puesto determinará la procedencia de la ocupación.

### **c) Adhesión sindical**

El servidor público de base que no esté sindicalizado y ejerza la libertad de asociación como derecho o prerrogativa al solicitar adherirse a un Sindicato en defensa de sus intereses, procederá la adhesión siempre que las funciones que tenga asignadas y que dieron origen a su contratación no estén catalogadas como de confianza al amparo del artículo 7º de la Ley ya mencionada, y esté debidamente sancionado por el Tribunal Estatal de Conciliación y Arbitraje mediante la emisión de la Toma de Nota de Alta correspondiente.

Durante el proceso de adhesión sindical de personal que se encuentra en este supuesto, es importante considerar algunos puntos:

- Previo a la emisión de la Toma de Nota de Alta de un trabajador, el Tribunal Estatal de Conciliación y Arbitraje solicitará estrictamente a la Dependencia, entre otros datos, un informe sobre la descripción de sus funciones y el puesto que desempeña.
- El titular del Centro de Trabajo al que pertenece el trabajador está obligado a validar las funciones de los servidores públicos descritas en el informe, en atención a la estructura orgánica autorizada de la que deriva el perfil del puesto.
- Los informes se remitirán oportunamente conforme sea solicitado, de lo contrario y al no contar con elementos de convicción que demuestre que están impedidos para pertenecer a un Sindicato, el Tribunal Estatal de Conciliación y Arbitraje procederá a emitir la Toma de Nota correspondiente.
- Una vez emitido el Dictamen de adhesión sindical del servidor público, el Tribunal Estatal de Conciliación y Arbitraje deberá notificar la Toma de Nota de Alta correspondiente al Titular del Poder Ejecutivo o de la Dependencia, con lo cual se podrá aplicar la clave sindical en el Sistema Central de Recursos Humanos.
- La Secretaría de Finanzas y Planeación de conformidad con el Programa de Consolidación de los Servicios Personales de las Dependencias y Entidades del Poder Ejecutivo, aplicará la clave sindical siempre y cuando la Dependencia correspondiente haya sido notificada por la instancia judicial y esta haga de su conocimiento a la Secretaría.
- En aquellos casos, cuando se advierta que la instancia judicial ha emitido una Toma de Nota de Alta a personal no sindicalizable, resulta conveniente que el área jurídica de la Dependencia en el ejercicio de sus atribuciones haga valer los recursos legales procedentes para revocar dicha determinación.

Una vez contratado el servidor público, el Gobierno del Estado queda obligado a incorporarlo a los servicios médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social y a las demás prestaciones de seguridad social previstas en la Ley.

## Manual de Recursos Humanos

Toda la documentación solicitada en el proceso de ingreso, se reunirá en el momento de inicio de labores, con la finalidad de estar en condiciones de realizar el pago del sueldo al trabajador, y en consecuencia se tenga actualizado su expediente personal.

Se recomienda actualizar los datos personales de los servidores públicos, en el tiempo que juzgue conveniente cada Dependencia.

Las Dependencias de la Administración Pública Estatal comprendidas en la competencia de la Ley número 553 del Sistema Estatal de Seguridad Pública para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, deberán cumplir con los requisitos que al respecto establezca la misma.

La relación jurídica del personal policial, será de naturaleza administrativa.

### 1.3 Servicio Social, Prácticas o Residencias Profesionales

Las Dependencias de la Administración Pública del Gobierno del Estado establecerán el programa de servicio social, prácticas o residencias profesionales, el cual consistirá en coordinar y controlar de manera permanente el reclutamiento de estudiantes, pasantes y técnicos que de acuerdo a la normatividad interna de las Instituciones Académicas deban realizar algunas de las modalidades mencionadas, con la finalidad de inducir al estudiante en el ámbito laboral, mediante su desempeño en las diferentes áreas de la Institución.

La Unidad Administrativa o equivalente, a través del área de Recursos Humanos, coordinará el siguiente procedimiento para realizar el servicio social, práctica o residencia profesional:

1. Reclutar aspirantes de servicio social, prácticas o residencias profesionales de las diferentes Instituciones Académicas, quienes tendrán que entregar la siguiente documentación:
  - Carta de presentación del prestador de servicio social, prácticas o residencias profesionales, firmada por el Director o encargado del área de servicio social de la Institución Académica, en donde se especifique el periodo del servicio y datos del estudiante.
  - Constancia de estudios del prestador del servicio social, prácticas o residencias profesionales (original) dirigida al titular del área de Recursos Humanos o su equivalente.
  - Dos fotografías tamaño infantil de frente (visible).
  - Programa de actividades de servicio social, prácticas o residencias profesionales en original y copia, en caso de requerirlo el aspirante.
  - Cédula de identificación de Actividad Formativa, Servicio Social, Prácticas o Residencias Profesionales en original.
2. Ubicar al prestador de servicio social solicitado por el Titular del Centro de Trabajo, de acuerdo al perfil contenido en la Requisición de prestadores de servicio social, prácticas o residencias profesionales. **(Véase formato No. 5 y Anexo 3)**
3. Elaborar la Carta de aceptación del servicio social, prácticas o residencias profesionales para el trámite que corresponda, con la firma de autorización del Titular del Área de Recursos Humanos. **(Véase formato No. 6)**

## Manual de Recursos Humanos

4. Integrar un expediente del prestador de servicio social, prácticas o residencias profesionales con su documentación y la Cédula de Identificación de Actividad Formativa, Servicio Social, Prácticas o Residencias Profesionales debidamente requisitada. **(Véase formato No. 7)**
5. Solicitar a los Prestadores de servicio social que tomen conocimiento de la Carta Compromiso mediante la cual se responsabilizan por el uso de la información oficial que utilicen o manejen, solicitando su firma de conformidad. **(Anexo 1)**
6. Proporcionar la información sobre las disposiciones internas que regirá su actuación, facilitándoles el Reglamento Interno de Servicio Social, Prácticas o Residencias Profesionales. **(Anexo 2)**
7. Llevar un control de asistencia de entrada y salida de los prestadores de servicio social, prácticas o residencias profesionales a través de los sistemas que se consideren pertinentes.
8. Otorgar a los prestadores de servicio social, prácticas o residencias profesionales, su gafete de identificación, por razones de disciplina y orden. **(Anexo 4)**
9. Una vez concluido el servicio social, prácticas o residencias profesionales se otorgará la Carta de Liberación debidamente firmada por el titular del área de Recursos Humanos según sea el caso. Asimismo, deberán suscribir los documentos que conforme a los lineamientos académicos sean requeridos, para otorgar validez al esquema prestado del servicio social, prácticas o residencias profesionales. **(Véase formato No. 8)**
10. Es requisito que el prestador presente el formato de conclusión de servicio social, prácticas o residencias profesionales firmado por su jefe inmediato para que se proceda a su liberación. **(Véase formato No. 9)**

## Manual de Recursos Humanos

### Formato No. 1 Registro de Datos Personales

## REGISTRO DE DATOS PERSONALES

|                |                |                           |
|----------------|----------------|---------------------------|
| <b>FUENTE:</b> | <b>PUESTO:</b> | <b>NÚMERO DE CONTROL:</b> |
| <b>FECHA:</b>  | <b>DÍA</b>     | <b>MES</b>                |
|                |                | <b>AÑO</b>                |

### DATOS PERSONALES

|                                       |   |   |                             |                  |              |
|---------------------------------------|---|---|-----------------------------|------------------|--------------|
| <b>FOTOGRAFÍA</b>                     | <b>NOMBRE (COMO ESTA ESCRITO EN EL ACTA DE NACIMIENTO):</b> | <b>EDAD:</b>                            | <b>SEXO:</b> F ( )<br>M ( ) | <b>ESTATURA:</b> | <b>PESO:</b> |
|                                       | <b>DOMICILIO:</b>   | <b>COLONIA:</b>                         | <b>LOCALIDAD:</b>           |                  |              |
|                                       | <b>NÚMERO DE CELULAR Y TELÉFONO:</b>                        | <b>LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:</b>     |                             |                  |              |
|                                       | <b>No. DE AFILIACIÓN AL IMSS:</b>                           | <b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>              | <b>FACEBOOK:</b>            |                  |              |
| <b>ESTADO CIVIL:</b>                  | <b>RÉGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES:</b>                  | <b>NACIONALIDAD:</b>                    | <b>CURP:</b>                |                  |              |
| <b>TIPO SANGUINEO:</b>                | <b>NÚMERO DE HIJOS:</b>                                     | <b>NOMBRE DEL CONYUGE:</b>              |                             |                  |              |
| <b>NOMBRE DEL PADRE (AUN FINADO):</b> |   | <b>NOMBRE DE LA MADRE (AUN FINADO):</b> |                             |                  |              |
| <b>DOMICILIO DE LOS PADRES:</b>       |   |   |                             |                  |              |

### ESCOLARIDAD (ÚLTIMOS GRADOS DE ESTUDIOS)

| <b>NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA</b> | <b>CIUDAD</b> | <b>DE</b> | <b>GENERACIÓN</b> | <b>COMPROBANTE RECIBIDO</b><br>(Especificar carrera, nivel, pasante o titulado) |
|---|---------------|-----------|-------------------|---|
|   |               |           | <b>A</b>          |   |
|   |               |           |                   |   |
|   |               |           |                   |   |

### REFERENCIAS (FAVOR DE NO INCLUIR FAMILIARES)

| <b>NOMBRE</b> | <b>TELÉFONO O CELULAR</b> | <b>OCUPACIÓN</b> | <b>TIEMPO DE CONOCERLO</b> |
|---------------|---------------------------|------------------|----------------------------|
|               |                           |                  |                            |
|               |                           |                  |                            |

### CONOCIMIENTOS GENERALES

|   |  |
|---|--|
| <b>QUE OTROS IDIOMAS HABLA (Nivel 50%, 75%, 100%):</b>                            | <b>FUNCIONES O PROCESOS DE OFICINA QUE DOMINA:</b> |
| <b>MENCIONE LAS MÁQUINAS, EQUIPOS Y HERRAMIENTAS DE OFICINA QUE PUEDE OPERAR:</b> |  |
| <b>OTROS TRABAJOS O FUNCIONES QUE DOMINE:</b>                                     |  |

## Manual de Recursos Humanos

### FAMILIARES

| MENCIONE LOS FAMILIARES QUE DEPENDEN Y/O VIVEN CON USTED |            |      |           |          |
|--|------------|------|-----------|----------|
| NOMBRE   | PARENTESCO | EDAD | OCUPACIÓN | TELÉFONO |
|  |            |      |           |          |
|  |            |      |           |          |
|  |            |      |           |          |
|  |            |      |           |          |

### EXPERIENCIA LABORAL DEL ÚLTIMO EMPLEO

| CONCEPTO                               | ÚLTIMO EMPLEO             |
|--|---------------------------|
| NOMBRE DE LA EMPRESA                   |                           |
| TIEMPO QUE PRESTO SUS SERVICIOS        | DE                      A |
| PUESTO INICIAL                         |                           |
| PUESTO FINAL                           |                           |
| ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PUESTO |                           |
| NOMBRE DEL JEFE INMEDIATO              |                           |
| PUESTO DE SU JEFE INMEDIATO            |                           |
| MOTIVO DE SU SEPARACIÓN                |                           |

#### DATOS DE SALUD

|                                       |              |
|---------------------------------------|--------------|
| ¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA? | _____ ¿CUÁL? |
| USA LENTES                            | _____        |

DECLARO QUE SON CIERTOS TODOS Y CADA UNO DE LOS DATOS POR MI MANIFIESTO, Y ME DOY POR ENTERADO DE LAS SANCIONES EN QUE INCURREN QUIENES DECLAREN DATOS FALSOS TAL Y COMO ESTA PREVISTO EN LA LEY DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DEL ESTADO DE VERACRUZ, Y EN EL SUPUESTO DE QUE CON EL TRANSCURSO DEL TIEMPO SEAN MODIFICADOS, ENTERARE OPORTUNAMENTE AL ÁREA DE RECURSOS HUMANOS LOS CAMBIOS SUFRIDOS PARA SU CORRESPONDIENTE ACTUALIZACIÓN.

### PARA USO EXCLUSIVO DE LA INSTITUCIÓN

#### OBSERVACIONES:

|  |
|--|
|  |
|--|

\_\_\_\_\_

**FIRMA**

## Manual de Recursos Humanos

### **Formato No. 1** **Instructivo de llenado del Registro de Datos Personales**

| Donde dice:   | Debe decir:   |
|---|---|
| 1. Fuente:  | Servidor público o área que autoriza la evaluación (exclusivo de la Institución)                      |
| 2. Puesto:  | Especificar el puesto que va a ocupar el candidato  |
| 3. Número de control:   | Número consecutivo de control interno (exclusivo de la Institución)                                   |
| 4. Fecha:   | Anotar el día, mes y año de la evaluación   |
| 5. Fotografía:  | Pegar fotografía tamaño infantil actualizada  |
| 6. Nombre:  | Escribir nombre completo con apellidos de acuerdo al acta de nacimiento                               |
| 7. Sexo:  | Especificar masculino o femenino  |
| 8. Edad:  | Anotar años cumplidos   |
| 9. Estatura:  | Altura especificada en metros lineales  |
| 10. Peso:   | En kilogramos   |
| 11. Domicilio:  | Especificar calle, colonia y localidad donde radica, así como código postal                           |
| 12. Lugar y fecha de nacimiento:                              | Indicar la localidad y estado donde nació, así como el día, mes y año                                 |
| 13. Celular y teléfono:                                       | Anotar todos los números a digitar  |
| 14. Número de afiliación al IMSS:                             | Plasmear los once números de seguro social  |
| 15. Correo electrónico:                                       | Indicar letras, números o símbolos correspondientes   |
| 16. Facebook:   | Anotar letras, números o símbolos como se identifica en la red social                                 |
| 17. Estado civil:   | Señalar si es casado(a), soltero(a), divorciado(a), viudo(a) o unión libre                            |
| 18. Registro Federal de Contribuyentes:                       | Especificar los 13 caracteres alfanuméricos   |
| 19. Nacionalidad:   | País de procedencia   |
| 20. CURP:   | Especificar los 18 caracteres alfanuméricos   |
| 21. Tipo sanguíneo:   | Indicar el grupo sanguíneo al que pertenece   |
| 22. Número de Hijos:  | Anotar el número de hijos vivos   |
| 23. Nombre del cónyuge:                                       | Especificar el nombre completo aun siendo finado  |
| 24. Nombre del padre y madre:                                 | Escribir nombres completos aun siendo finados   |
| 25. Domicilio de los padres:                                  | Indicar calle, número, colonia y localidad  |
| 26. Nombre de la institución educativa:                       | Anotar el nombre completo del plantel donde estudio   |
| 27. Lugar, generación y título recibido:                      | Especificar la localidad del plantel de estudios, generación de egresado y nombre de la profesión     |
| 28. Nombre, teléfono, ocupación y tiempo de conocerlo:        | Las referencias deben indicar nombre completo del contacto que no sea familiar y sus especificaciones |
| 29. Tiempo que dispone para trabajar:                         | Señalar disponibilidad laboral  |
| 30. Sabe manejar y puede viajar:                              | Marcar con una equis "si" o "no"  |
| 31. Que otros idiomas habla:                                  | Especificar el idioma y el porcentaje que domina  |
| 32. Funciones de oficina que domina:                          | Describir brevemente que actividades esenciales a desempeñado laboralmente                            |
| 33. Equipos, máquinas y herramientas que puede operar         | Indicar los nombres de los equipos de oficina y similares que conozca y domine                        |
| 34. Software que conoce                                       | Programas de cómputo conoce   |
| 35. Otros trabajos o funciones que domine:                    | Actividades laborales que considere importante mencionar  |
| 36. Mencione los familiares que Dependen y/o viven con usted: | Especificar nombre completo, parentesco (padre, hijo, etc.), edad, ocupación, dirección y teléfono    |

## Manual de Recursos Humanos

|   |   |
|---|---|
| 37. Nombre de la empresa:                   | Mencionar la última empresa o institución donde laboró            |
| 38. Tiempo que prestó sus servicios:        | Indicar el periodo que laboró                                     |
| 39. Giro:                                   | Especificar qué tipo de empresa es (de servicios o productos)     |
| 40. Puesto inicial:                         | Puesto que ocupó en su ingreso                                    |
| 41. Puesto final:                           | Puesto que ocupaba antes de separarse de la institución o empresa |
| 42. Actividades desarrolladas en el puesto: | Mencionar las funciones principales que desempeñaba               |
| 43. Nombre y puesto del jefe inmediato      | Anotar el nombre completo y cargo de su superior                  |
| 44. Motivo de su separación                 | Explicar la causa de su baja                                      |
| 45. ¿Padece de alguna enfermedad crónica?:  | Especificar el nombre de la enfermedad                            |
| 46. ¿Usa lentes?:                           | Escribir "sí" o "no"  |
| 47. Observaciones:                          | Anotar en caso de aclaraciones o sugerencias                      |
| 48. Firma                                   | Plasmar firma autógrafa del interesado                            |



# Manual de Recursos Humanos

## Formato No. 2 Tarjeta de Identificación (Anverso)



SUBSEFA  
Subsecretaría de Finanzas  
y Administración

ADMINISTRACIÓN  
Dirección General de  
Administración

### TARJETA DE IDENTIFICACIÓN

1.- NOMBRE (S) Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

2.- DOMICILIO: \_\_\_\_\_ 3.-COL. \_\_\_\_\_

4.-TELÉFONO: \_\_\_\_\_

5.- LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

6.- REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES: \_\_\_\_\_ 7.-NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

8.- ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ 9.- CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

10.- ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_

11.- N°DE IMSS \_\_\_\_\_ 12.-C.U.R.P. \_\_\_\_\_

13.- NOMBRE Y DOMICILIO DEL CÓNYUGE: \_\_\_\_\_

14.- NOMBRE Y FECHA DE NACIMIENTO DE LOS HIJOS: \_\_\_\_\_

15.- NOMBRE Y DOMICILIO DE LOS PADRES: \_\_\_\_\_

16.- EMPLEO ASIGNADO: \_\_\_\_\_ 17.-CATEGORÍA: \_\_\_\_\_

18.- ADSCRIPCIÓN: \_\_\_\_\_

19.- FECHA DEL PRIMER MOVIMIENTO: \_\_\_\_\_

Pulgar  
Derecho

### FILIACIÓN

20.- EDAD: \_\_\_\_\_ 21.- SEXO: \_\_\_\_\_

22.- ESTATURA: \_\_\_\_\_ 23.- PESO: \_\_\_\_\_

24.- COMPLEJIÓN FÍSICA: \_\_\_\_\_ 25.- COLOR DE PIEL: \_\_\_\_\_

26.- COLOR DE PELO: \_\_\_\_\_ 27.- FORMA DE CARA: \_\_\_\_\_

28.- FRENTE: \_\_\_\_\_ 29.- CEJAS: \_\_\_\_\_

30.- COLOR DE OJOS: \_\_\_\_\_ 31.- FORMA DE NARIZ: \_\_\_\_\_

32.- TAMAÑO DE BOCA: \_\_\_\_\_ 33.- SEÑAS PARTICULARES: \_\_\_\_\_

Pulgar  
Izquierdo

34.- OBSERVACIONES: CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

XALAPA, VER., A \_\_ DE \_\_\_\_ DE 20\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA

DECLARO QUE FUI ENTERADO PREVIAMENTE DEL AVISO DE PRIVACIDAD DE DATOS RECABADOS EN EL SISTEMA DE DATOS PERSONALES PARA LA GESTIÓN DE PERSONAL DE LA SECRETARÍA DE FINANZAS Y PLANEACIÓN, LOS CUALES SERÁN PROTEGIDOS CONFORME A LO DISPUESTO POR LA LEY 316 DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS PARA EL ESTADO DE VERACRUZ Y DEMAS NORMATIVIDAD QUE RESULTE APLICABLE.



## Manual de Recursos Humanos

### Formato No. 2 Tarjeta de Identificación (Reverso)

#### INDICACIONES ACLARATORIAS

- |  |  |
|--|--|
| 1. - COMPLEXIÓN (Delgada, Robusta o Gruesa)                  | 2. - CEJAS (Escasas, Regulares, Pobladas)  |
| 3. - COLOR (Blanco, Moreno o Apañonado)                      | 4. - COLOR DE OJOS (Negros, Cafés, Verdes o Azules)  |
| 5. - COLOR DE PELO (Negro, Rubio, Castaño, Entrecano o Cano) | 6. - FORMA DE LA NARIZ (Chata, Regular, Recta o Aguiluña)  |
| 7. - FORMA DE LA CARA (Redonda o Alargada)                   | 8. - TAMAÑO DE LA BOCA (Chica, Regular o Grande)   |
| 9. - FRENTE (Estrecha, Mediana o Grande)                     | 10. - SEÑAS PARTICULARES (Además de los anteriores datos, los que llamen más la atención como cicatrices, lunares, etc.) |

#### HISTÓRICO DE MOVIMIENTOS

| FECHA |     | TIPO DE MOVIMIENTO | CATEGORÍA | LUGAR DE ADSCRIPCIÓN |
|-------|-----|--------------------|-----------|----------------------|
| DE:   | AL: |                    |           |                      |
|       |     |                    |           |                      |
|       |     |                    |           |                      |
|       |     |                    |           |                      |
|       |     |                    |           |                      |
|       |     |                    |           |                      |
|       |     |                    |           |                      |
|       |     |                    |           |                      |
|       |     |                    |           |                      |
|       |     |                    |           |                      |
|       |     |                    |           |                      |
|       |     |                    |           |                      |
|       |     |                    |           |                      |
|       |     |                    |           |                      |
|       |     |                    |           |                      |
|       |     |                    |           |                      |
|       |     |                    |           |                      |
|       |     |                    |           |                      |
|       |     |                    |           |                      |

## Manual de Recursos Humanos

### Formato No. 2

#### **Instructivo de Llenado de la Tarjeta de Identificación**

La siguiente información se obtiene directamente del empleado al ingresar.

| <b>Donde dice:</b>  | <b>Deberá decir:</b>  |
|---|---|
| 1. Nombre(s) y apellidos:   | Se deben anotar primero los apellidos paterno y materno, y por último el nombre(s).   |
| 2. Domicilio:   | Especificando calle, número, código postal y ciudad.  |
| 3. Colonia:   | Se debe especificar la colonia del domicilio antes mencionado.  |
| 4. Teléfono:  | Anotar el número telefónico, así como la lada.  |
| 5. Lugar y fecha de nacimiento:   | Anotar la ciudad, Municipio y Estado en donde nació, y la fecha iniciando con día, mes y año.   |
| 6. Registro Federal de Contribuyentes:  | Se especifican las letras y números correspondientes.   |
| 7. Nacionalidad:  | Especificar el país de procedencia.   |
| 8. Estado Civil:  | Anotar si es soltero, casado, divorciado, viudo o unión libre.  |
| 9. Correo Electrónico:  | Anotar el correo electrónico completo.  |
| 10. Escolaridad:  | Especificar nivel de estudios (grado máximo).   |
| 11. Número de IMSS:   | Se especifican las letras y números correspondientes.   |
| 12. CURP:   | Anotar la clave única de registro de población correspondiente.   |
| 13. Nombre y domicilio del cónyuge:   | Nombre completo del cónyuge sin abreviaturas. Especificar calle, número, colonia, código postal y ciudad.   |
| 14. Nombre y fecha de nacimiento de los hijos:  | Anotar los nombres completos y la fecha de nacimiento de sus hijos.   |
| 15. Nombre y domicilio de los padres:   | Especificar el nombre completo sin abreviaturas y domicilio de los padres, en caso de que uno o ambos haya(n) fallecido(s), se deberá anotar "finado(s)". |
| 16. Empleo asignado:  | Puesto a ocupar.  |
| 17. Categoría:  | Categoría que se le asigna.   |
| 18. Adscripción:  | Se anota el nombre del área administrativa a donde fue asignado.  |
| 19. Fecha del primer movimiento:  | Se indica el día, mes y año del nuevo ingreso.  |
| <b>APARTADO DE FILIACION (Ver las indicaciones aclaratorias al reverso de la cédula de contratación):</b> |   |
| 20. Edad:   | Anotar años cumplidos.  |
| 21. Sexo:   | Hombre o Mujer.   |
| 22. Estatura:   | Altura especificada en metros lineales.   |
| 23. Peso:   | Peso especificado en kilogramos.  |
| 24. Complexión física:  | Delgada, robusta o gruesa.  |
| 25. Color de piel:  | Blanco, moreno, apiñonado.  |
| 26. Color de Pelo:  | Negro, rubio, castaño, cano.  |
| 27. Forma de Cara:  | Redonda, alargada.  |
| 28. Frente:   | Estrecha, mediana, grande.  |
| 29. Cejas:  | Escasas, regulares, pobladas.   |
| 30. Color de ojos:  | Negros, cafés, verdes o azules.   |
| 31. Forma de Nariz:   | Chata, regular, recta, aguileña.  |
| 32. Tamaño de Boca:   | Chica, mediana, grande.   |
| 33. Señas Particulares:   | Ejemplo, cicatrices, lunares, etc.  |
| 34. Observaciones:  | Especificaciones que se consideren necesarias.  |

# Manual de Recursos Humanos

## **Formato No. 3** **Modelo de Contrato Individual de Trabajo por Tiempo determinado**

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO QUE POR TIEMPO DETERMINADO, CELEBRAN LA SECRETARÍA DE FINANZAS Y PLANEACIÓN REPRESENTADA EN ESTE ACTO POR \_\_\_\_\_ EL  
C. \_\_\_\_\_ EN SU CARÁCTER DE TITULAR DE LA \_\_\_\_\_ Y POR OTRA PARTE EL C. \_\_\_\_\_ A QUIEN EN LO  
SUCESIVO SE LES DENOMINARÁ "EL GOBIERNO" Y "EL TRABAJADOR" RESPECTIVAMENTE, BAJO LAS SIGUIENTES:

### DECLARACIONES

#### I. DE "EL GOBIERNO"

I.I QUE ES UNA DEPENDENCIA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA ESTATAL, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO POR LOS ARTÍCULOS 9 FRACCIÓN III, 19 Y 20 DE LA LEY ORGÁNICA DEL PODER EJECUTIVO DEL ESTADO.

I.II QUE EL \_\_\_\_\_ PERSONALIDAD QUE ACREDITA CON COPIA CERTIFICADA DE SU NOMBRAMIENTO, INTERVIENE EN LA CELEBRACIÓN DEL PRESENTE CONTRATO EN TÉRMINOS DE LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 186, FRACCIONES III Y XL, DEL CÓDIGO FINANCIERO PARA EL ESTADO; ASÍ COMO 30, FRACCIÓN XXXIV, DEL REGLAMENTO INTERIOR DE LA SECRETARÍA DE FINANZAS Y PLANEACIÓN.

I.III QUE PARA EFECTOS DEL PRESENTE INSTRUMENTO, SEÑALA COMO DOMICILIO EL UBICADO EN \_\_\_\_\_ EN LA CIUDAD DE \_\_\_\_\_, VER.

#### II. DE "EL TRABAJADOR"

II.I QUE CUENTA CON LOS SIGUIENTES DATOS GENERALES:

A) EDAD: \_\_\_\_\_ B) SEXO: \_\_\_\_\_ C) NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_ D) ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ E) R.F.C: \_\_\_\_\_  
F) DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ G) CURP: \_\_\_\_\_

II.II QUE POSEE LOS CONOCIMIENTOS Y APTITUDES PARA DESEMPEÑAR LOS SERVICIOS COMO \_\_\_\_\_ ; ADEMÁS DE ESTAR AL CORRIENTE DE SUS PAGOS Y OBLIGACIONES LEGALES.

#### III. DE "LAS PARTES"

QUE ESTÁN DE ACUERDO EN CELEBRAR EL PRESENTE CONTRATO POR TIEMPO DETERMINADO SUJETÁNDOLO AL TENOR DE LAS SIGUIENTES:

### CLÁUSULAS

**PRIMERA.** POR MEDIO DEL PRESENTE EL GOBIERNO CONTRATA A "EL TRABAJADOR" POR -- DÍAS DEL AL CON EL N° DE CONTRATO ----- Y ESTARÁ ADSCRITO EN / AL / LA ----- VIGENTE DESDE EL MOMENTO DE SU FIRMA; CONVINIENDO QUE A SU VENCIMIENTO SE EXTINGUIRÁ TODA RELACIÓN DE TRABAJO ENTRE LAS PARTES SIN RESPONSABILIDAD PARA "EL GOBIERNO".

**SEGUNDA.** "EL TRABAJADOR" SE OBLIGA A PRESTAR SUS SERVICIOS CON PUNTUALIDAD Y EFICIENCIA DENTRO DEL ESTADO EN LOS DIFERENTES LUGARES QUE SE LE SEÑALE, ASÍ COMO FUERA DE ÉSTE EN LOS CASOS QUE LAS CONDICIONES DE TRABAJO LO REQUIERAN.

**TERCERA.** "EL GOBIERNO" CONTRATA EN TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 15 Y 20 DE LA LEY ESTATAL DEL SERVICIO CIVIL, A "EL TRABAJADOR" PARA EJERCER LA CATEGORÍA DE ----- CON UN SUELDO TABULAR MENSUAL DE ----- (CANTIDAD CON LETRA) QUE "EL GOBIERNO" PAGARÁ A "EL TRABAJADOR" EN FORMA QUINCENAL Y EN EL LUGAR DONDE ESTÉ LABORANDO CON CARGO A LA U.P. ----- PROGRAMA PARTIDA -----

**CUARTA.** "EL GOBIERNO" SE COMPROMETE A RETENER LAS CANTIDADES QUE CORRESPONDAN A "EL TRABAJADOR" POR CONCEPTO DE IMPUESTO SOBRE LA RENTA Y CUOTA DEL SEGURO SOCIAL, ASÍ COMO CUALQUIER OTRA CANTIDAD QUE LA LEY SEÑALE.

**QUINTA.** POR CADA CINCO DÍAS DE TRABAJO "EL TRABAJADOR" DISFRUTARÁ DE DOS DE DESCANSO, CONVINIENDO LAS PARTES EN FIJAR COMO DÍAS DE DESCANSO SÁBADO Y DOMINGO, ADEMÁS DE EN SU CASO, LOS SEÑALADOS POR EL CALENDARIO OFICIAL COMO DESCANSO OBLIGATORIO, PERO SI LAS NECESIDADES DEL TRABAJO REQUIEREN QUE SE LABORE ALGUNO DE LOS DÍAS SEÑALADOS ANTERIORMENTE, SE LE CUBRIRÁ POSTERIORMENTE EN FORMA QUE DE COMÚN ACUERDO Y POR ESCRITO PACTEN "EL TRABAJADOR" Y "EL GOBIERNO".

**SEXTA.** "EL TRABAJADOR" TENDRÁ DERECHO A AGUINALDO PROPORCIONAL POR LA PRESTACIÓN DE SUS SERVICIOS.

**SÉPTIMA.** QUEDA ESTRICTAMENTE PROHIBIDO AL TRABAJADOR, LABORAR TIEMPO EXTRAORDINARIO, SALVO QUE EL GOBIERNO SE LO ORDENE POR ESCRITO, DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE SUS SERVICIOS.

**OCTAVA.** EL GOBIERNO POR SU PARTE SE COMPROMETE A OTORGAR SERVICIO MÉDICO (I.M.S.S.) Y DE VIDA.

**NOVENA.** "EL TRABAJADOR" RECONOCE COMO CAUSAS DE RESCISIÓN DE LA RELACIÓN DE TRABAJO SIN RESPONSABILIDAD PARA "EL GOBIERNO", LA ENUMERADA POR EL ARTICULO 37 DE LA LEY ESTATAL DE SERVICIO CIVIL.

## Manual de Recursos Humanos

**DECIMA.** LA JORNADA DE TRABAJO SE AJUSTARÁ A LO ESTABLECIDO EN LAS DISPOSICIONES LEGALES, MISMA QUE SERÁ DE 7 HORAS DIARIAS LABORÁNDOSE DE LUNES A VIERNES, QUEDANDO SUJETO EL INICIO DE LABORES A LO DISPUESTO PARA TAL EFECTO POR "EL GOBIERNO"; CONTARA CON LOS DÍAS DE DESCANSO SEÑALADOS EN EL CALENDARIO OFICIAL.

**DÉCIMAPRIMERA.** "EL TRABAJADOR" DECLARA ESTAR ENTERADO DE LAS LIMITACIONES DE EXISTENCIA DEL CONTRATO QUE SE LE OTORGA, LA CUAL QUEDA SUJETA A LA VIGENCIA DEL MISMO Y ACEPTA LA DESIGNACIÓN DE ESTOS TÉRMINOS.

ESTE CONTRATO SE FORMULA, EN LA CIUDAD DE \_\_\_\_\_, VERACRUZ, AL \_\_\_\_ DE \_\_\_\_ DEL 202\_\_\_\_ QUEDANDO EL ORIGINAL EN PODER DE "EL GOBIERNO", OTRA SE ENTREGA A "EL TRABAJADOR".

|                          |                        |                                      |
|--------------------------|------------------------|--------------------------------------|
| <b>POR "EL GOBIERNO"</b> |                        | <b>TITULAR DEL CENTRO DE TRABAJO</b> |
| _____                    |                        | _____                                |
| <b>C.</b>                |                        | <b>C.</b>                            |
| <b>TESTIGO</b>           | <b>"EL TRABAJADOR"</b> | <b>TESTIGO</b>                       |
| _____                    | _____                  | _____                                |
| <b>C.</b>                | <b>C.</b>              | <b>C.</b>                            |

DECLARO QUE FUI ENTERADO PREVIAMENTE DEL AVISO DE PRIVACIDAD DE DATOS RECABADOS EN EL **SISTEMA DE DATOS PERSONALES PARA LA GESTIÓN DE PERSONAL DE LA SECRETARÍA DE FINANZAS Y PLANEACIÓN**, LOS CUALES SERAN PROTEGIDOS CONFORME A LO DISPUESTO POR LA LEY 316 DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS PARA EL ESTADO DE VERACRUZ, Y DEMAS NORMATIVIDAD QUE RESULTE APLICABLE.

## Manual de Recursos Humanos

### **Formato No. 3** **Instructivo de Llenado del Contrato Individual de Trabajo por Tiempo** **Determinado**

| <b>Donde dice:</b>  | <b>Deberá decir:</b>   |
|---|--|
| <b>CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO</b>                                    |  |
| <b>1.</b> Representada en este acto por el C.   | Especificar el nombre completo sin abreviaturas del funcionario representante del Gobierno del Estado.   |
| <b>2.</b> En su carácter de titular de la   | Detallar del cargo del funcionario representante del Gobierno del Estado.  |
| <b>3.</b> Y por otra parte el C.  | Especificar el nombre completo sin abreviaturas del trabajador contratado.   |
| <b>DECLARACIONES</b>  |  |
| <b>I. De "El Gobierno"</b>  |  |
| <b>4.</b> I.II Que el C.  | Anotar el nombre, cargo del funcionario que representa al Gobierno del Estado.   |
| <b>5.</b> De la Secretaría de   | Anotar la Secretaría a la que representa.  |
| <b>6.</b> I.II Señala como domicilio el ubicado en  | Especificar la calle, número, colonia, código postal y ciudad del Centro de Trabajo donde se contrata al trabajador.                               |
| <b>II. De "El Trabajador"</b>   |  |
| <b>7.</b> II.I: Que cuenta con los siguientes datos generales                                   | Detallar la edad, sexo, nacionalidad, estado civil, R.F.C., dirección y CURP del trabajador contratado.  |
| <b>8.</b> II.II: Que posee los conocimientos y aptitudes para desempeñar los servicios como     | Anotar el puesto asignado al trabajador contratado.  |
| <b>CLÁUSULAS</b>  |  |
| <b>9.</b> Primera. Por medio del presente el gobierno contrata a "el trabajador" por            | Especificar el período de contratación, número de contrato y el área a la cual estará adscrito.  |
| <b>10.</b> Tercera. "El Gobierno" contrata a "El Trabajador" para ejercer la categoría de       | Anotar la categoría y sueldo en número y letra, otorgado al trabajador contratado, así como la estructura programática que afectará el movimiento. |
| <b>11.</b> Este contrato se formula por duplicado, en la ciudad de Xalapa-Enríquez, Veracruz, a | Anotar la Ciudad, el día, mes y año de elaboración del contrato.   |
| <b>12.</b> Por "El Gobierno"  | Firma autógrafa del funcionario representante del Gobierno del Estado.   |
| <b>13.</b> "El Trabajador"  | Firma autógrafa del trabajador contratado, especificando su nombre completo sin abreviaturas.  |
| <b>14.</b> Titular del Centro de Trabajo  | Firma del titular del centro de trabajo que deberá de tener como cargo mínimo el puesto de Subdirector.  |
| <b>15.</b> Testigo  | Firma de dos testigos del área administrativa a la cual se adscribe el trabajador contratado.  |

## Manual de Recursos Humanos

### **Formato No. 4** **Contrato Individual de Trabajo por Tiempo Determinado (ETA)**

**CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO**, QUE SE CELEBRA EN LA CATEGORÍA DE EMPLEADO TEMPORAL ADMINISTRATIVO "..." ENTRE LA SECRETARÍA DE FINANZAS Y PLANEACIÓN REPRESENTADA POR EL C. .... EN SU CARÁCTER DE TITULAR DE LA ..... Y POR OTRA PARTE EL / LA C. .... A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LES DENOMINARÁ "EL GOBIERNO" Y "EL TRABAJADOR" RESPECTIVAMENTE, BAJO LAS SIGUIENTES:

#### DECLARACIONES

##### I. DE "EL GOBIERNO"

I.I QUE ES UNA DEPENDENCIA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA ESTATAL, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO POR LOS ARTÍCULOS 9 FRACCIÓN III, 19 Y 20 DE LA LEY ORGÁNICA DEL PODER EJECUTIVO DEL ESTADO.

I.II QUE EL C. .... PERSONALIDAD QUE ACREDITA CON COPIA CERTIFICADA DE SU NOMBRAMIENTO, INTERVIENE EN LA CELEBRACIÓN DEL PRESENTE CONTRATO EN TÉRMINOS DE LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 186, FRACCIONES III Y XL, DEL CÓDIGO FINANCIERO PARA EL ESTADO; ASÍ COMO 30, FRACCIÓN XXXIV, DEL REGLAMENTO INTERIOR DE LA SECRETARÍA DE FINANZAS Y PLANEACIÓN.

I.III QUE PARA EFECTOS DEL PRESENTE INSTRUMENTO, SEÑALA COMO DOMICILIO EL UBICADO EN ....., EN LA CIUDAD DE ....., VER.

##### II. DE "EL TRABAJADOR"

II.I QUE CUENTA CON LOS SIGUIENTES DATOS GENERALES:

A) EDAD: .. B) SEXO: ..... C) NACIONALIDAD: ..... D) ESTADO CIVIL: ..... E) R.F.C.: .....  
F) DIRECCIÓN: ..... G) CURP: .....

II.II QUE POSEE LOS CONOCIMIENTOS Y APTITUDES PARA DESEMPEÑAR LOS SERVICIOS COMO CORRIENTE ..... ; ADEMÁS DE ESTAR AL DE SUS PAGOS Y OBLIGACIONES LEGALES.

II.III QUE ESTÁN DE ACUERDO EN CELEBRAR EL PRESENTE CONTRATO POR TIEMPO DETERMINADO SUJETÁNDOLO AL TENOR DE LAS SIGUIENTES:

#### CLÁUSULAS

**PRIMERA.** POR MEDIO DEL PRESENTE EL GOBIERNO CONTRATA A "EL TRABAJADOR" POR ... DÍAS DEL ..... CON EL N° DE CONTRATO ..... Y ESTARÁ ADSCRITO/A AL / A LA ..... VIGENTE DESDE EL MOMENTO DE SU FIRMA; CONVINIENDO QUE A SU VENCIMIENTO SE EXTINGUIRÁ TODA RELACIÓN DE TRABAJO ENTRE LAS PARTES SIN RESPONSABILIDAD PARA "EL GOBIERNO".

**SEGUNDA.** "EL TRABAJADOR" SE OBLIGA A PRESTAR SUS SERVICIOS CON PUNTUALIDAD Y EFICIENCIA DENTRO DEL ESTADO EN LOS DIFERENTES LUGARES QUE SE LE SEÑALE, ASÍ COMO FUERA DE ÉSTE EN LOS CASOS QUE LAS CONDICIONES DE TRABAJO LO REQUIERAN.

**TERCERA.** "EL GOBIERNO" CONTRATA EN TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 15 Y 20 DE LA LEY ESTATAL DEL SERVICIO CIVIL, A "EL TRABAJADOR" PARA EJERCER LA CATEGORÍA DE ..... CON UN SUELDO TABULAR MENSUAL DE \$..... QUE "EL GOBIERNO" PAGARÁ A "EL TRABAJADOR" EN FORMA QUINCENAL Y EN EL LUGAR DONDE ESTÉ LABORANDO CON CARGO A LA U.P. .... PARTIDA .....

**CUARTA.** "EL GOBIERNO" SE COMPROMETE A RETENER LAS CANTIDADES QUE CORRESPONDAN A "EL TRABAJADOR" POR CONCEPTO DE IMPUESTO SOBRE LA RENTA Y CUOTA DEL SEGURO SOCIAL, ASÍ COMO CUALQUIER OTRA CANTIDAD QUE LA LEY SEÑALE.

**QUINTA.** POR CADA CINCO DÍAS DE TRABAJO "EL TRABAJADOR" DISFRUTARÁ DE DOS DE DESCANSO, CONVINIENDO LAS PARTES EN FIJAR COMO DÍAS DE DESCANSO SÁBADO Y DOMINGO, ADEMÁS EN SU CASO, LOS SEÑALADOS POR EL CALENDARIO OFICIAL COMO DESCANSO OBLIGATORIO, PERO SI LAS NECESIDADES DEL TRABAJO REQUIEREN QUE SE LABORE ALGUNO DE LOS DÍAS SEÑALADOS ANTERIORMENTE, SE LE CUBRIRÁ POSTERIORMENTE EN FORMA QUE DE COMÚN ACUERDO Y POR ESCRITO PACTEN "EL TRABAJADOR" Y "EL GOBIERNO".

**SEXTA.** "EL TRABAJADOR" TENDRA DERECHO AL AGUINALDO PROPORCIONAL POR LA PRESTACIÓN DE SUS SERVICIOS.

**SÉPTIMA.** QUEDA ESTRICTAMENTE PROHIBIDO AL TRABAJADOR, LABORAR TIEMPO EXTRAORDINARIO, SALVO QUE EL GOBIERNO SE LO ORDENE POR ESCRITO, DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE SUS SERVICIOS.

**OCTAVA.** EL GOBIERNO POR SU PARTE SE COMPROMETE A OTORGAR SERVICIO MÉDICO (I.M.S.S.).

**NOVENA.** "EL TRABAJADOR" RECONOCE COMO CAUSAS DE RESCISIÓN DE LA RELACIÓN DE TRABAJO SIN RESPONSABILIDAD PARA "EL GOBIERNO", LAS ENUMERADAS POR EL ARTICULO 37 DE LA LEY ESTATAL DE SERVICIO CIVIL.



# Manual de Recursos Humanos

**DÉCIMA.** LA JORNADA DE TRABAJO SE AJUSTARÁ A LO ESTABLECIDO EN LAS DISPOSICIONES LEGALES, MISMA QUE SERÁ DE 7 HORAS DIARIAS LABORÁNDOSE DE LUNES A VIERNES, QUEDANDO SUJETO EL INICIO DE LABORES A LO DISPUESTO PARA TAL EFECTO POR "EL GOBIERNO"; CONTARA CON LOS DÍAS DE DESCANSO SEÑALADOS EN EL CALENDARIO OFICIAL.

**DÉCIMA PRIMERA.** "EL TRABAJADOR" DECLARA ESTAR ENTERADO DE LAS LIMITACIONES DE EXISTENCIA DEL CONTRATO QUE SE LE OTORGA, LA CUAL QUEDA SUJETA A LA VIGENCIA DEL MISMO Y ACEPTA LA DESIGNACIÓN DE ESTOS TÉRMINOS.

ESTE CONTRATO SE FORMULA, EN LA CIUDAD DE \_\_\_\_\_, VERACRUZ, AL \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DEL 202\_\_\_\_, QUEDANDO EL ORIGINAL EN PODER DE "EL GOBIERNO", OTRA SE ENTREGA A "EL TRABAJADOR".

**POR "EL GOBIERNO"**

**TITULAR DEL CENTRO DE TRABAJO**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**TESTIGO**

**"EL TRABAJADOR"**

**TESTIGO**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

C. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DECLARO QUE FUI ENTERADO PREVIAMENTE DEL AVISO DE PRIVACIDAD DE DATOS RECABADOS EN EL **SISTEMA DE DATOS PERSONALES PARA LA GESTIÓN DE PERSONAL DE LA SECRETARÍA DE FINANZAS Y PLANEACIÓN**, LOS CUALES SERAN PROTEGIDOS CONFORME A LO DISPUESTO POR LA LEY 316 DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS PARA EL ESTADO DE VERACRUZ, Y DEMÁS NORMATIVIDAD QUE RESULTE APLICABLE.

**Formato No. 4**  
**Instructivo de Llenado del Contrato Individual de Trabajo por Tiempo**  
**Determinado (ETA)**

| Donde dice:  | Deberá decir:  |
|--|--|
| <b>CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR TIEMPO DETERMINADO PARA EMPLEADO TEMPORAL ADMINISTRATIVO (ETA)</b> |  |
| 1. Representada en este acto por el C.   | Especificar el nombre completo sin abreviaturas del funcionario representante del Gobierno del Estado.   |
| 2. En su carácter de titular de la   | Detallar del cargo del funcionario representante del Gobierno del Estado.  |
| 3. Y por otra parte el C.  | Especificar el nombre completo sin abreviaturas del trabajador contratado.   |
| <b>DECLARACIONES</b>   |  |
| <b>I. De "El Gobierno"</b>   |  |
| 4. I.II Que el C.  | Anotar el nombre, cargo del funcionario que representa al Gobierno del Estado.   |
| 5. De la Secretaría de   | Anotar la Secretaría a la que representa.  |
| 6. I.II Señala como domicilio el ubicado en  | Especificar la calle, número, colonia, código postal y ciudad del Centro de Trabajo donde se contrata al trabajador.                               |
| <b>II. De "El Trabajador"</b>  |  |
| 7. II.I: Que cuenta con los siguientes datos generales   | Detallar la edad, sexo, nacionalidad, estado civil, R.F.C., dirección y CURP del trabajador contratado.  |
| 8. II.II: Que posee los conocimientos y aptitudes para desempeñar los servicios como                     | Anotar el puesto asignado al trabajador contratado.  |
| <b>CLÁUSULAS</b>   |  |
| 9. Primera. Por medio del presente el gobierno contrata a "el trabajador" por                            | Especificar el período de contratación, número de contrato y el área a la cual estará adscrito.  |
| 10. Tercera. "El Gobierno" contrata a "El Trabajador" para ejercer la categoría de                       | Anotar la categoría y sueldo en número y letra, otorgado al trabajador contratado, así como la estructura programática que afectará el movimiento. |
| 11. Este contrato se formula por duplicado, en la ciudad de Xalapa-Enríquez, Veracruz, a                 | Anotar la Ciudad, el día, mes y año de elaboración del contrato.   |
| 12. Por "El Gobierno"  | Firma autógrafa del funcionario representante del Gobierno del Estado.   |
| 13. "El Trabajador"  | Firma autógrafa del trabajador contratado, especificando su nombre completo sin abreviaturas.  |
| 14. Titular del Centro de Trabajo  | Firma del titular del centro de trabajo que deberá de tener como cargo mínimo el puesto de Subdirector.  |
| 15. Testigo  | Firma de dos testigos del área administrativa a la cual se adscribe el trabajador contratado.  |



## Manual de Recursos Humanos

### **Formato No. 5** **Requisición de Prestadores de Servicio Social,** **Prácticas o Residencias Profesionales**

#### **ÁREA DE RECURSOS HUMANOS**

Asunto: Requisición de Prestadores de Servicio Social, Prácticas y Residencias Profesionales.

Xalapa, Veracruz, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_

#### **Nombre del Titular**

Área de Recursos Humanos  
Dependencia  
Presente

Sirva el presente para solicitar prestadores de servicio social, prácticas o residencias profesionales, a fin de apoyar en las actividades y programas de ésta área, de acuerdo a las siguientes características:

|   |  |
|---|--|
| Perfiles (especificar carrera Profesional o Técnica): |  |
|   |  |
| Número de prestadores: _____                          | Turno Matutino: _____<br>Turno Vespertino: _____ |

A fin de apoyar en las actividades relacionadas con : \_\_\_\_\_

Así mismo, le proporciono nombre y extensión del (la) Servidor(a) Público(a) que dará seguimiento a este trámite: \_\_\_\_\_

Sirva el presente para reiterar mi compromiso para cumplir y hacer cumplir los códigos de ética y conducta, así como el Reglamento Interno para actividad formativa, del cual se me entregó una copia al momento de elaborar mi solicitud.

Sin otro particular, le envío un cordial saludo. Se adjunta guía

#### **Atentamente**

(Nombre del Titular)  
(Nombre del Área Administrativa)

\*Se entrega con Guía **(Anexo 3)**

**Formato No. 5**  
**Instructivo de llenado de la Requisición de Prestadores de Servicio Social,**  
**Prácticas o Residencias Profesionales**

| <b>Donde dice:</b>                                    | <b>Deberá decir:</b>   |
|---|--|
| Fecha:  | Indicar el día, mes y año de la elaboración del documento  |
| Perfiles (especificar carrera Profesional o Técnica): | El perfil académico solicitado para realizar la actividad formativa  |
| Número de Prestadores:                                | El número de personal a realizar su actividad formativa  |
| Turno Matutino:                                       | Marcar o especificar con número la cantidad para asignar al turno  |
| Turno Vespertino:                                     | Marcar o especificar con número la cantidad para asignar al turno  |
| Relacionadas con:                                     | Indicar de manera breve las actividades a realizar por parte de la persona a realizar la actividad formativa       |
| A este trámite:                                       | Nombre y extensión del enlace del área solicitante, para coordinar las entrevistas                                 |
| Nombre del titular:                                   | Nombre y firma del titular del área solicitante, siendo jerárquicamente puestos de nivel subdirección o superiores |
| Nombre del área administrativa:                       | Nombre completo del área administrativa solicitante.   |

## Manual de Recursos Humanos

### Formato No. 6

### Carta de Aceptación de Servicio Social, Prácticas o Residencias Profesionales

#### SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Oficio No. SRH/XXX/202\_\_

Hoja \_\_/\_\_177

Asunto: Aceptación de **Actividad Realizada**  
Xalapa, Veracruz, **00** de mes de **0000**

#### Titular de Institución Educativa

Puesto

Nombre de Institución Educativa

Presente

En atención a su solicitud, me permito hacer constar que la **C. Nombre de prestador de actividad**, estudiante de **nombre del programa educativo**, con número de matrícula **0000000**, ha sido aceptada para realizar su **Especificar la actividad realizada** en la **Adscripción** perteneciente a **Área de la cual depende**, a partir del día **00** de **mes** de **año**, en un horario de **00:00 a 00:00** horas de lunes a viernes, cubriendo un total de **000** horas, como lo marca su institución educativa.

Para los fines legales que a la interesada convengan, se extiende la presente en la ciudad de Xalapa Enríquez, Veracruz de Ignacio de la Llave, a los **días en letra** días del mes de **mes** del año **año en letra**.

Sin otro particular, le envió un cordial saludo.

#### Atentamente

(Nombre del Titular)

(Nombre del Área Administrativa)

**Formato No. 7**  
**Cédula de Identificación de Actividad formativa**  
**Servicio Social, Prácticas o Residencias Profesionales (Anverso)**

FECHA \_\_\_\_\_ SRH \_\_\_\_\_ HUELLA \_\_\_\_\_

### DATOS PERSONALES

|            |                  |                        |                        |                           |
|------------|------------------|------------------------|------------------------|---------------------------|
| FOTOGRAFÍA | NOMBRE(S) _____  | APELLIDO PATERNO _____ | APELLIDO MATERNO _____ |                           |
|            | DOMICILIO _____  | COL _____              |                        |                           |
|            | CIUDAD _____     | SEXO _____             | EDAD _____             | FECHA DE NACIMIENTO _____ |
|            | N. CELULAR _____ | E-MAIL _____           |                        |                           |

NOMBRE Y NÚMERO DE EMERGENCIA \_\_\_\_\_

### ESCOLARIDAD

CARRERA O ESTUDIOS QUE CURSA \_\_\_\_\_

ESCUELA O INSTITUTO \_\_\_\_\_

GRADO EN CURSO \_\_\_\_\_ ACTIVIDAD A DESEMPEÑAR S.S. ( ) P.P. ( ) R.P. ( )

HORAS TOTALES A CUBRIR \_\_\_\_\_

HORARIO DISPONIBLE PARA REALIZAR SU ACTIVIDAD \_\_\_\_\_

### UBICACIÓN

SE DEBERÁN LLENAR TODOS LOS CAMPOS

NOMBRE Y PUESTO DEL JEFE DIRECTO \_\_\_\_\_

SUBDIRECCIÓN \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

SUBSECRETARÍA \_\_\_\_\_

HORARIO A CUBRIR \_\_\_\_\_

(Deberán cubrir un mínimo de cuatro horas en un mismo horario de lunes a viernes)

FECHA DE INICIO \_\_\_\_\_

(A partir de la fecha de inicio se cuenta con dos semanas para presentar todos los requisitos de admisión)

EXTENSIÓN \_\_\_\_\_

DECLARO QUE FUI ENTERADO PREVIAMENTE DEL AVISO DE PRIVACIDAD DE DATOS RECABADOS EN EL SISTEMA DE DATOS PERSONALES PARA LA GESTIÓN DE PERSONAL DE LA SECRETARÍA DE FINANZAS Y PLANEACIÓN, EN TÉRMINOS DE LA LEY 581 PARA LA TUTELA DE DATOS PERSONALES EN EL ESTADO DE VERACRUZ Y SUS LINEAMIENTOS.

**Formato No. 7**  
**Cédula de Identificación de Actividad formativa**  
**Servicio Social, Prácticas o Residencias Profesionales (Reverso)**

### INFORMACIÓN QUE CONTENDRÁ LA CARTA DE ACEPTACIÓN

NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA A DIRIGIR EL OFICIO DE ACEPTACIÓN

---

NOMBRE DEL ESTUDIANTE

(Debe coincidir con la carta de presentación, ya que se respetaran exactamente las tildes y Typos, será responsabilidad del prestador solicitar con su Institución las correcciones necesarias antes de presentar el oficio.)

---

FECHAS OFICIALES PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD FORMATIVA

(En caso de no estar especificada en su carta de presentación, se usará la fecha de ingreso pactada con su área)

---

N. DE MATRÍCULA \_\_\_\_\_ N. DE RVOE \_\_\_\_\_

HORARIO \_\_\_\_\_ TOTAL DE HORAS A CUBRIR \_\_\_\_\_

**Cabe señalar que no es posible determinar la fecha que corresponde al término, ya que la misma puede variar de acuerdo a los días festivos y periodos vacacionales de cada área, esto en atención a la solicitud de cumplir con el mínimo de horas requerido.**

FECHA DE ALTA PARA ACCESO Y TOMA DE FOTOGRAFÍA \_\_\_\_\_

HAGO CONSTAR QUE RECIBÍ Y ESTOY DE ACUERDO CON EL REGLAMENTO INTERNO

---

FIRMA

EN CASO DE SER MENOR DE EDAD SE REQUIERE DEL NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TUTOR LEGAL DEL SOLICITANTE

---

NOMBRE

---

FIRMA

## Manual de Recursos Humanos

### Formato No. 7

#### **Instructivo de llenado de la Cédula de Identificación de Actividad formativa, Servicio Social, Prácticas o Residencias Profesionales**

| <b>Donde dice:</b>                                 | <b>Deberá decir:</b>   |
|--|--|
| 1.- Fecha  | Anotar la fecha en que se llena el formato   |
| 2.- SRH  | Anotar el número de geo de la carta de aceptación  |
| 3.- Huella   | Anotar el número de huella asignada a quien preste la actividad formativa  |
| 4.- Nombre(s)                                      | Anotar el/los nombres de quien preste su actividad formativa   |
| 5.- Apellido Paterno                               | Apellido paterno de quien preste su actividad formativa  |
| 6.- Apellido Materno                               | Apellido materno de quien preste su actividad formativa  |
| 7.- Domicilio                                      | Número exterior/ interior y nombre de la calle del lugar de residencia de quien preste su actividad formativa              |
| 8.- Col  | Nombre de la colonia del lugar de residencia actual de quien preste su actividad formativa                                 |
| 9.- Ciudad   | Nombre de la ciudad o municipio del lugar de residencia de quien preste su actividad formativa                             |
| 10.- Sexo  | El sexo de quien preste su actividad formativa   |
| 11.- Edad  | La edad de quien preste su actividad formativa   |
| 12.- Fecha de Nacimiento                           | La fecha de nacimiento de quien preste su actividad formativa  |
| 13.- N. Celular                                    | El número de celular de quien preste su actividad formativa  |
| 14.- E-Mail  | La dirección de correo electrónico de quien preste su actividad formativa  |
| 15.- Nombre y Número de Emergencia                 | El nombre completo y número de celular la persona a contactar en caso de emergencia de quien preste su actividad formativa |
| 16.- Carrera o Estudios que Cursa                  | El nombre completo de la carrera en curso de quien preste su actividad formativa   |
| 17.- Escuela o Instituto                           | Nombre completo de la Institución educativa de quien preste su actividad formativa   |
| 18.- Grado en Curso                                | Periodo del año académico actual de quien preste su actividad formativa  |
| 19.- Actividad a Desempeñar                        | Marcar la casilla que corresponda S.S. Servicio Social; P.P. Prácticas Profesionales; R.P. Residencias Profesionales       |
| 20.- Horas totales a cubrir                        | El total de horas de todo el programa de actividad formativa a cubrir  |
| 21.- Horario Disponible para realizar su actividad | Un horario aproximado en el que podrá realizar la actividad formativa  |
| 22.- Nombre y Puesto del Jefe Directo              | Nombre completo y puesto de la persona que será enlace directo con quien se desarrollará la actividad formativa            |

## Manual de Recursos Humanos

| <b>Donde dice:</b>  | <b>Deberá decir:</b>   |
|---|--|
| 23.- Subdirección   | Subdirección a la cual queda asignada la persona a desarrollar su actividad formativa en caso que aplique  |
| 24.- Dirección  | Dirección a la cual queda asignada la persona a desarrollar su actividad formativa en caso que aplique   |
| 25.- Subsecretaría  | Subsecretaría a la cual queda asignada la persona a desarrollar su actividad formativa   |
| 26.- Horario a Cubrir   | Especificar un mismo horario durante el cual se va a desarrollar la actividad formativa, mínimo cuatro horas seguidas ininterrumpidas de lunes a viernes |
| 27.- Fecha de Inicio  | Especificar la fecha de inicial a presentarse para la persona a desarrollar su actividad formativa   |
| 28.- Extensión  | El número de extensión de la persona que es enlace con quien desarrolla su actividad formativa dentro de la Secretaría                                   |
| 29.- Nombre y Cargo de la persona a dirigir el oficio de aceptación | Nombre completo de la persona en la institución educativa a dirigir el oficio de aceptación  |
| 30.- Nombre del estudiante  | Nombre completo del estudiante exactamente como se encuentra escrito en el oficio de presentación de la actividad formativa                              |
| 31.- Fechas Oficiales para realizar la actividad formativa          | Fechas de inicio y termino que comprenderá el periodo para desarrollar la actividad formativa  |
| 32.- N. de Matrícula  | Número de matrícula como se encuentra escrito en el oficio de presentación de actividad formativa  |
| 33.- N. de RVOE   | Número de RVOE como se encuentra escrito en el oficio de presentación de actividad formativa   |
| 34.- Horario  | Especificar un mismo horario durante el cual se va a desarrollar la actividad formativa, mínimo cuatro horas seguidas ininterrumpidas de lunes a viernes |
| 35.- Total de horas a cubrir  | El total de horas de todo el programa de actividad formativa a cubrir conforme se especifica en el oficio de presentación de actividad formativa         |
| 36.- Fecha de alta para acceso y toma de fotografía                 | Fecha del día en que se otorgan accesos para registro de control de horas y se toma foto para el expediente electrónico                                  |
| 37.- Firma  | Firma de la persona a desarrollar actividad formativa  |
| 38.- Nombre   | Nombre completo del padre/madre o tutor(a) legal de la persona a desarrollar actividad formativa en caso de que esta sea menor de edad                   |
| 39.- Firma  | Firma del padre/madre o tutor(a) legal de la persona a desarrollar la actividad formativa  |

## Manual de Recursos Humanos

### **Formato No. 8**

### **Carta de Liberación de Servicio Social, Prácticas o Residencias Profesionales**

#### **SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS**

Oficio No. SRH/XXX/202\_\_

Hoja \_\_/\_\_

Asunto: Liberación de **actividad realizada**

Xalapa, Veracruz, **00** de **mes** de **0000**

#### **Titular de Institución Educativa**

Puesto

Nombre de Institución Educativa

Presente

Por este medio me permito hacer constar que la **C. Nombre de prestador de actividad**, egresada de **nombre del programa educativo**, con número de matrícula **0000000** y número de RVOE **0000000**, ha concluido satisfactoriamente su **Especificar la actividad realizada** en la **Adscripción** perteneciente a **Área de la cual depende**, durante el periodo comprendido del día **00** de **mes** de **año** al día **00** de **mes** de 2024, en horario de **00:00 a 00:00** horas de lunes a viernes, cubriendo un total de **000** horas, como lo marca su institución educativa.

Para los fines legales que a la interesada convengan, se extiende la presente en la ciudad de Xalapa Enríquez, Veracruz de Ignacio de la Llave, a los **días en letra** días del mes de **mes** del año **año en letra**.

Sin otro particular, le envió un cordial saludo.

#### **Atentamente**

(Nombre del Titular)

(Nombre del Área Administrativa)



### **Formato No. 9**

### **Formato de Conclusión de Servicio Social, Prácticas o Residencias Profesionales**

Por este medio, el (la) C. \_\_\_\_\_  
con el cargo de \_\_\_\_\_ hago constar que:

El (la) C. \_\_\_\_\_ prestador (a)  
de \_\_\_\_\_ asistió de manera constante a este Centro de  
Trabajo, para realizar las actividades asignadas, durante el período comprendido del  
\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_, como lo marca su carta de presentación de su  
Institución Educativa (\_\_\_\_\_).

Para los fines de otorgarle su liberación, se extiende el presente a los \_\_\_ días, del  
mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma de Vo. Bo.

**Formato No. 9**  
**Instructivo de llenado de la Conclusión de Servicio Social, Prácticas**  
**o Residencias Profesionales**

| <b>Donde dice:</b>     | <b>Deberá decir:</b>  |
|------------------------|---|
| El (la) C.:            | Nombre completo del jefe de prestador a cargo                             |
| Cargo de:              | Cargo del jefe del prestador  |
| El (la) C. (2):        | Nombre completo del prestador   |
| Prestador (a) de:      | Actividad realizada, Servicio, prácticas, residencias                     |
| Comprendido del:       | Inicio del periodo de la actividad a registrar en la carta de liberación  |
| Al:                    | Término del periodo de la actividad a registrar en la carta de liberación |
| Institución Educativa: | Nombre completo de la institución educativa del prestador                 |
| A los:                 | Días con número en que se elaboró el formato                              |
| Mes de:                | Mes con letra en que se elaboró el formato                                |
| De:                    | Año con número en que se elaboró el formato                               |
| Firma de Vo. Bo.:      | Firma del jefe a cargo del prestador                                      |



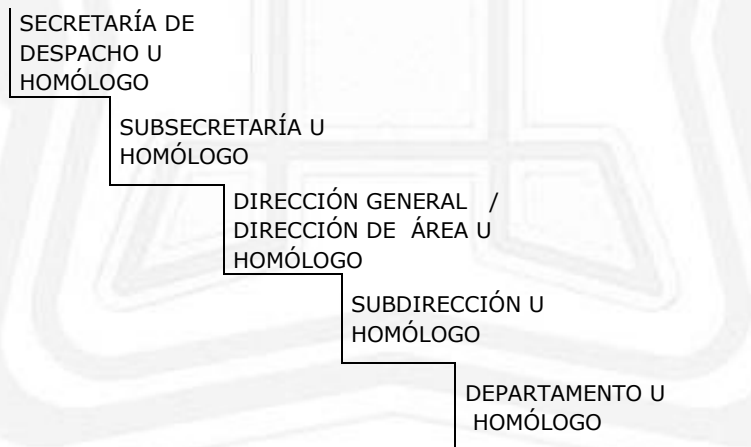
# **2. Control de Plazas y Movimientos de Personal**

## 2. Control de Plazas y Movimientos de Personal

### 2.1 Control de Plazas

Con la finalidad de controlar la plantilla laboral del Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Veracruz, y con base en el presupuesto autorizado a las Dependencias del Poder Ejecutivo del Estado distribuido en los diversos centros de trabajo y Niveles Jerárquicos, corresponde a la Secretaría de Finanzas y Planeación conforme a sus atribuciones, autorizar la creación, cancelación, congelación, descongelación, transferencia, actualización y recategorización de plazas del personal al servicio de las Dependencias, así como la modificación de la estructura orgánica y creación de centros de trabajo de las Dependencias del Poder Ejecutivo y del Sistema Educativo Regular Estatal.

**Figura No. 1**  
**Niveles Jerárquicos del Poder Ejecutivo del Estado**



\* Algunas Dependencias no tienen todos los niveles que aquí se presentan.

La Secretaría de Finanzas y Planeación podrá autorizar cambios a las estructuras ocupacionales y salariales vigentes, previa solicitud de los titulares de las Dependencias y Entidades, por modificaciones a las estructuras orgánicas autorizadas, siempre que éstos se realicen mediante adecuaciones presupuestarias compensadas, las que en ningún momento incrementarán el presupuesto en el rubro de Servicios Personales.

Por ello, la Secretaría de Finanzas y Planeación es la encargada del control y afectación de la Gaceta de Plazas y/o Analítico de Plazas, actualizando estos registros para su consulta en el Sistema Central de Recursos Humanos.

**Plaza**, es la posición presupuestaria que respalda un puesto y/o categoría, que no puede ser ocupada por más de un servidor público a la vez. Desde el punto de vista presupuestario, los contratos eventuales y empleados temporales administrativos (E.T.A.) se incluyen en esta definición.

## Manual de Recursos Humanos

**La Gaceta de Plazas**, es la presentación detallada de las plazas existentes en cada una de las Dependencias del Poder Ejecutivo del Estado, es un listado que enumera las plazas autorizadas y presupuestadas para su ejercicio dentro del Sistema Central de Recursos Humanos, misma que se conforma por los siguientes formatos:

**Resumen analítico de plazas.** Contiene el total de plazas y su categoría por centro de trabajo, sueldo tabular mensual, zona económica y nivel.

**Resumen programático de plazas.** Se presenta agrupando las plazas de cada unidad presupuestal por función, programa y subprograma, a fin de determinar la afectación presupuestal.

**Resumen de plazas por categoría.** Desglosa las plazas por centro de trabajo presentando las autorizadas por categoría y su estado (ocupadas o vacantes, con licencia y ejercidas).

**Resumen de plazas por unidad presupuestal.** Resumen del total de plazas por unidad presupuestal indicando si están ocupadas o vacantes.

La afectación a la Gaceta de Plazas consiste en modificar el número total de plazas o contratos, de acuerdo a los siguientes movimientos:

### **1. Creación de plaza**

Las plazas autorizadas para las Dependencias del Poder Ejecutivo se sujetarán a las publicadas según el Decreto de Presupuesto de Egresos vigente, por lo que, no se podrán crear nuevas plazas, con excepción de los sectores de salud, educación, protección civil, seguridad pública y finanzas, las cuales no deberán considerar plazas administrativas.

Para su autorización se sujetaran al procedimiento que la Secretaría de Finanzas establezca, cuando exista la disponibilidad presupuestal y la autorización para generar una nueva plaza.

El titular de la Unidad Administrativa de la Dependencia realizará la solicitud de creación de plaza del sector administrativo a la Secretaría de Finanzas y Planeación, anexando el soporte que fundamente:

- Análisis de la Dependencia
- Propuesta con el planteamiento de las necesidades de la Dependencia
- Plazas vacantes y
- Dictamen de Suficiencia Presupuestal.

La Dirección General de Administración, a través de la Subdirección de Recursos Humanos, elaborará un costeo para determinar el impacto presupuestal y de ser procedente se elaborará el Acuerdo de creación de plazas y el oficio de notificación de creación del sector administrativo para visto bueno y autorización de la Subsecretaría de Finanzas y Administración.

Finalmente la Subdirección de Recursos Humanos durante el período de afectación a la nómina procederá a crear la plaza, quedando disponible para que la Dependencia que la

## Manual de Recursos Humanos

solicitó, esté en posibilidades de dar de alta a la persona que ocupa la plaza de nueva creación en el Sistema Central de Recursos Humanos.

### **2. Cancelación-Creación de plaza**

Esta afectación a la Gaceta de Plazas procede cuando da origen a una de mayor o menor valor, siempre que exista la disponibilidad presupuestal y autorización.

### **3. Transferencia de plaza**

Aplicará cuando por necesidades del servicio, una Dependencia requiera que una plaza ocupada o vacante, sea transferida de un centro de trabajo a otro, dentro de una misma Dependencia o de un sector a otro.

- Se elaborará un oficio de solicitud a la Dirección General de Administración elaborando su requerimiento y explicando las causas que lo originan.
- Si la transferencia implica reubicar una plaza en una Dependencia diferente a donde se encuentra, ambos titulares de las Dependencias implicadas lo solicitarán mediante oficio al Secretario de Finanzas y Planeación.
- El oficio de transferencia de plazas entre Dependencias deberá ser firmado por el Secretario de Finanzas y Planeación, en términos de lo que señala el artículo 14, fracción XIV del Reglamento Interior de la SEFIPLAN.
- Una vez que se cuente con el oficio de autorización de transferencia de plazas, la Dependencia podrá gestionar la solicitud ante la Dirección General de Administración.

### **4. Actualización en el Sistema Central de Recursos Humanos por cambios en la Estructura Orgánica.**

La modificación en la estructura orgánica de una Dependencia puede deberse a los siguientes cambios:

- Reestructuración orgánica administrativa
- Creación de nuevos centro de trabajo
- Cambios en la denominación de centros de trabajo

Por lo anterior, el titular de la Unidad Administrativa de la Dependencia solicitará al Director General de Administración de la SEFIPLAN la actualización de plazas por cambios en su Estructura Orgánica, previa autorización del Secretario de Finanzas y Planeación y el Contralor General.

Una vez autorizado el Acuerdo de modificaciones a la estructura orgánica, se actualiza en el Sistema Central de Recursos Humanos.

De acuerdo con la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz de Ignacio de Llave, en cada Dependencia existe una estructura orgánica que puede requerir en cualquier momento la creación de nuevos centros de trabajo donde habrán de reubicarse o crearse plazas para su funcionamiento. En tales casos, el titular de la Unidad

## Manual de Recursos Humanos

Administrativa, solicitará a la Dirección General de Administración de la SEFIPLAN la creación del nuevo centro de trabajo, quien a su vez autorizará por medio de oficio que se proceda a crearlo, siempre que obtenga su clave programática y exista la disponibilidad presupuestal.

### **5. Recategorización de plaza**

Se dará por la promoción de una categoría a otra de mayor nivel, derivado de una petición sindical o de un acuerdo por instrucciones del Ejecutivo Estatal.

Por lo anterior, las Recategorizaciones podrán aplicarse bajo dos esquemas:

- a) Propuesta por los sindicatos y/o a solicitud de los trabajadores no sindicalizados, que no generen costo para el Gobierno del Estado o
- b) Con cargo a los montos previstos en el rubro de Provisiones Salariales y Económicas establecidas en el Presupuesto de Egresos.

La Dependencia que requiera un movimiento de esta naturaleza hará llegar a la Dirección General de Administración un oficio firmado por su Titular o por el Jefe de la Unidad Administrativa, en el que solicitará la recategorización de una o varias plazas.

El trabajador no sindicalizado que quiera aplicar para la recategorización de plaza que no genera costo para Gobierno del Estado, deberá enviar su solicitud escrita a la Dirección General de Administración.

- Si la recategorización es resultado de la negociación de un organismo sindical con el Poder Ejecutivo del Estado, el convenio suscrito por los funcionarios que participan en la negociación, se hará del conocimiento de la Dirección General de Administración para su aplicación. Por su parte el Sindicato enviará este con la relación de las plazas beneficiadas.
- El Departamento de Control de Plazas y Nóminas de la Subdirección de Recursos Humanos elaborará el costeo de plazas a recategorizar para determinar el impacto presupuestal y elaborará el Acuerdo de Recategorización y el oficio de notificación de recategorización para visto bueno y autorización de la Subsecretaría de Finanzas y Administración.
- Una vez autorizado se procede a aplicar la recategorización en el Sistema Central de Recursos Humanos, por lo que automáticamente en la quincena inmediata, el sueldo será modificado y se emitirán los avisos de movimiento.

Para participar en una recategorización, cualquiera que sea el esquema, se vigilará el cumplimiento de lo establecido en el Decreto de Presupuesto de Egresos y en las generalidades e improcedencias establecidas en el Marco Normativo de Percepciones y Deducciones vigente.

### **6. Congelación de plaza**

Las plazas que se encuentren en controversia serán inhabilitadas en el Sistema Central de Recursos Humanos hasta que se resuelvan los asuntos.

### **7. Descongelación de plaza**

Se habilitará una plaza cuando las necesidades del servicio que presta una Dependencia así lo requiera.

El titular de la Unidad Administrativa de la Dependencia realizará la solicitud de descongelación de plazas del sector administrativo a la Secretaría de Finanzas y Planeación.

La Dirección General de Administración, a través de la Subdirección de Recursos Humanos elaborará el Acuerdo de descongelación de plazas para visto bueno y autorización de la Subsecretaría de Finanzas y Administración.

Una vez autorizado el Acuerdo de descongelación de plazas se aplicará en el Sistema Central de Recursos Humanos para que la plaza sea ocupada por el tiempo que requiera la Dependencia para el desempeño de las actividades.

De acuerdo a las medidas de contención del gasto, la Secretaría de Finanzas y Planeación podrá en cualquier momento, cancelar las plazas.

### **2.2 Movimientos de Personal**

De acuerdo al Calendario de Operación de la Nómina de Base, Eventual y ETA para las Dependencias del Poder Ejecutivo se capturarán en el Sistema Central de Recursos Humanos los movimientos de personal requeridos por los titulares de la Unidades Administrativas a la Secretaría de Finanzas y Planeación.

La Dirección General de Administración, a través de la Subdirección de Recursos Humanos elaborará la cedula de movimientos procedentes debidamente autorizados para su afectación en la nómina.

Derivado de los diversos movimientos aplicados en el procesamiento quincenal de la nómina, el titular de cada Dependencia o el funcionario facultado, serán los responsables de expedir mediante el Sistema Central de Recursos Humanos los avisos de movimientos de personal, mismos que darán formalidad al movimiento solicitado.



## Manual de Recursos Humanos

La requisición de movimientos de personal se clasifica por tipo de movimiento de la siguiente manera:

### Altas de personal

| Tipo                    | Descripción   |
|-------------------------|---|
| Nuevo Ingreso           | El que se aplica a los servidores públicos que son contratados por primera vez en la Institución, previo cumplimiento de los requisitos. (Véase el apartado Admisión de Personal de este manual). |
| Reanudación de Labores  | Se genera cuando el servidor público se incorpora a sus labores inmediatamente después de terminada una licencia con o sin goce de sueldo, así como incapacidad médica por gravedad o temporal.   |
| Reingreso               | Se origina cuando un servidor público, después de dejar de prestar sus servicios a la Institución, posteriormente se reincorpora, por lo que vuelve a causar alta.                                |
| Continuación de Labores | Se gestiona cuando una persona cubre un interinato y se le amplía su relación de trabajo por uno o más períodos, o en su caso, le es ampliado el tiempo de contratación.                          |
| Cambio de Plaza         | Cuando por otorgamiento de promociones escalafonarias se deba realizar un movimiento de baja y alta de plaza del servidor público promovido.  |
| Cambio de Situación     | En caso de que el servidor público sea transferido de un centro de trabajo a otro, o bien, cuando sea recategorizado, debiendo tramitar simultáneamente baja y alta.                              |
| Nombramiento Definitivo | Es aquel que se otorgará a los servidores públicos después de cubrir los requisitos de admisión señalados en la Ley Estatal del Servicio Civil de Veracruz.                                       |
| Recategorización        | Personal trabajador que asciende por promoción escalafonaria a una plaza con mayor categoría tabular o ingresa al Programa costo cero.  |
| Transferencia           | Personal trabajador que cambia de centro de trabajo dentro de la misma Dependencia o en otra diferente.   |

### Bajas de Personal

| Tipo                   | Descripción  |
|------------------------|--|
| Renuncia               | Cuando el servidor público por propia voluntad decide dar por terminada la relación de trabajo con la Institución. Es necesario que el servidor público lo manifieste por escrito ( <b>Véase formato No. 10</b> ). En este caso se le finiquitará únicamente con el importe correspondiente al sueldo del último período laborado pendiente de pago, así como, la parte proporcional de aguinaldo, prima vacacional y demás prestaciones que le correspondan. ( <b>Véase formato No. 11</b> )  |
| Muerte del trabajador  | Previa presentación del acta de defunción debidamente certificada.   |
| Incapacidad permanente | Cuando el servidor público padece una enfermedad o ha sufrido un accidente que lo incapacita totalmente para proporcionar sus servicios al Gobierno del Estado.<br>Cuando se trate de riesgos o accidentes de trabajo atribuibles a la Dependencia (de acuerdo a las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz y a lo dispuesto en la Ley del Instituto de Pensiones del Estado y convenios celebrados con el Instituto Mexicano del Seguro Social), el I.M.S.S. expide un dictamen donde avala la incapacidad o invalidez del trabajador. |

## Manual de Recursos Humanos

| Tipo                                 | Descripción  |
|--------------------------------------|--|
| Suspensión Temporal de Nombramiento  | El trabajador no estará obligado a prestar el servicio y la Entidad Pública tampoco tendrá obligación de cubrir el salario; situación que se dará sin responsabilidad para las partes y que en modo alguno significará el cese del trabajador.   |
| Cese                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Abandono de empleo; cuando el personal trabajador no se presenta a laborar sin motivo alguno.</li> <li>Sanción disciplinaria; cuando el personal trabajador incurra en alguna falta administrativa, laboral y/o cause daños o perjuicios a la Entidad Pública</li> </ul>  |
| Jubilación                           | Cuando el trabajador cumpla con treinta años o más de servicios e igual tiempo de cotización al Instituto, en los términos de la Ley del IPE, y que hayan cumplido sesenta y cinco años de edad.<br>Este trámite se lleva a cabo ante el Instituto de Pensiones del Estado (IPE), cuando el servidor público reúne los requisitos que la Ley establece para otorgar este beneficio.  |
| Pensión por vejez                    | Cuando el trabajador habiendo cumplido sesenta y cinco años de edad, tenga quince años de servicio como mínimo e igual tiempo de cotización al Instituto.  |
| Retiro voluntario                    | Conclusión de la prestación de servicios de los trabajadores en la Administración Pública Estatal, derivado del acuerdo de voluntades que se establece en el Programa de Retiro Voluntario.  |
| Inhabilitación                       | Como consecuencia de un acto u omisión que implique lucro o cause daños y perjuicios para desempeñar empleos, cargos o comisiones en el servicio público. Por dictamen emitido por la Contraloría General, cuando se actualice alguno de los supuestos previstos en la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos para el Estado de Veracruz.   |
| Rescisión de relaciones laborales    | Aplica cuando el servidor público comete alguna falta de las previstas en los artículos 37 de la Ley Estatal del Servicio Civil de Veracruz y en la Cláusula 112 de las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz. Se deberá seguir el procedimiento previsto en la Ley citada. Aplicándose al Sistema una vez que sea emitida la resolución respectiva, mediante citatorio ( <b>Véase formato No. 12</b> ) o acta circunstanciada. ( <b>Véase formato No. 13</b> )  |
| Licencia por Jubilación (Con Sueldo) | Durante 3 meses para el trámite de pensión por jubilación, vejez o invalidez.  |
| Licencia personal (Sin sueldo)       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Para efectuar estudios de superación profesional (hasta por 2 años)</li> <li>Por antigüedad (servicios ininterrumpidos hasta a 2 años)</li> <li>Por nombramiento de un puesto de confianza, de nivel mínimo de Jefe de Departamento u Homólogo (sujeta a soporte documental, mientras dure el encargo y renovable por cada ejercicio fiscal)</li> <li>Para desempeñar un puesto de elección popular (sujeta a soporte documental, mientras dure el encargo y renovable por cada ejercicio fiscal).</li> </ul> |
| Transferencia                        | Cuando el personal trabajador cambia de centro de trabajo dentro de la misma Dependencia o en otra diferente.  |
| Cambio de Plaza                      | Cuando el personal trabajador asciende por promoción escalafonaria a una plaza con mayor categoría tabular, ingresa al Programa Costo Cero y/o cubre otro puesto laboral.  |
| Cambio de situación                  | Cuando el personal trabajador es acreedor a un cambio en su tipo de contratación.  |
| Recategorización                     | Cuando el personal trabajador asciende por promoción escalafonaria a una plaza con mayor categoría tabular o ingresa al Programa de Recategorización que no genera costo para el Gobierno del Estado   |

## Manual de Recursos Humanos

| Tipo                 | Descripción  |
|----------------------|--|
| Término de Funciones | La aplicación es para el personal de confianza, conforme a lo dispuesto por el artículo 7 de la Ley Estatal del Servicio Civil de Veracruz, cuando haya concluido sus funciones en ese puesto y exista un acto de entrega-recepción. |

La gestión de los movimientos de personal es atribución y responsabilidad de las Dependencias, la aplicación de movimientos a las plazas del personal son una facultad reservada a la Secretaría de Finanzas y Planeación.

### Licencias

Con relación a las licencias, se hacen las siguientes especificaciones:

Las licencias se solicitarán con 5 días de anticipación, plazo en que la Entidad Pública deberá autorizarlas o negarlas por escrito, por lo tanto, ningún servidor público podrá abandonar sus funciones hasta que la licencia sea autorizada.

De acuerdo a las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz se podrán autorizar las siguientes licencias con goce de sueldo:

1. Licencia con goce de sueldo por incapacidad, se autorizará al personal trabajador que mediante certificado expedido por el IMSS, acredite incapacidad temporal para el trabajo, a partir de la fecha que indique la incapacidad médica, contabilizando los días naturales que marque el periodo. (Cláusula 50)

El certificado de incapacidad se presentará al área de recursos humanos a más tardar 48 horas después de su fecha de expedición

2. Licencia con goce de sueldo en casos de gravidez, se autorizará a las mujeres por noventa días a partir de la fecha que indique la incapacidad. En caso de adopción de un infante, gozarán de seis semanas de descanso con goce de sueldo, posteriores al día en que lo reciban, previa acreditación del evento.

Los trabajadores por concepto de paternidad, disfrutaran de un permiso de ocho días laborales con goce de sueldo, por el nacimiento de sus hijos e hijas, de igual forma en caso de que adopten a un infante, previa acreditación oportuna de los respectivos eventos. (Cláusula 51).

3. Licencia con goce de sueldo para trámites pre jubilatorios, la cual se otorgará por el término de 3 meses, con la finalidad de que el personal trabajador realice los trámites ante el Instituto de Pensiones del Estado (IPE) para obtener pensión por Jubilación, Vejez o Invalidez. (Cláusula 52)

Asimismo, con base en las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz se podrán autorizar las siguientes licencias sin goce de sueldo (Cláusula 54):

1. Para efectuar estudios de superación profesional en el extranjero hasta por un año, con la posibilidad de prorrogarse por el tiempo que duren los estudios, no excediendo de dos años, siempre y cuando no se afecte el servicio y los estudios sean afines a las funciones que desempeña, para sustentarlo se presentará la

## Manual de Recursos Humanos

constancia relativa que acredite la aceptación de la Institución en la que va a realizar los estudios y comunicar a la Entidad Pública el avance de los mismos.

2. Cuando el servidor público tenga una antigüedad mayor de 2 años, tendrá derecho a disfrutar de una licencia sin goce de sueldo hasta por 120 días; hasta de 180 días cuando tenga una antigüedad mayor de 2 años y 6 meses; y de 365 días cuando tenga una antigüedad mayor de 3 años. En aquellos casos en que el personal trabajador requiera ampliar su licencia hasta por otro periodo máximo de 365 días, deberá solicitarlo por escrito a la Secretaría, pudiéndose otorgar prórroga por única vez. Al vencerse la licencia, el trabajador debe presentarse a su trabajo y, para tener derecho a otra, debe laborar un año cuando menos. En ningún caso las licencias podrán fraccionarse, salvo que sea en forma continua.

La reincorporación se efectuará con absoluto respeto a la jornada, salario y demás condiciones generales que venía ostentando al momento de obtener la autorización.

3. Al servidor público en su plaza de base, cuando se le otorgue un nombramiento en un puesto de confianza, de nivel mínimo de Jefe de Departamento u Homólogo, por todo el tiempo que se encuentre desempeñando las funciones de este último nombramiento, renovándose cada ejercicio fiscal. Para otorgar esta licencia el interesado acreditará plenamente su designación y el tiempo de la misma.
4. Podrán otorgarse licencias cuando el servidor público sea designado para desempeñar un puesto de elección popular. Para otorgar esta licencia, el interesado presentará la documentación que acredite plenamente la comisión o puesto de elección popular de que se trate. Estas licencias podrán suspenderse en forma inmediata cuando se compruebe que el empleado ha dejado de desempeñar el cargo de elección popular. Asimismo vencerá el día 31 de diciembre de cada año y para su renovación, se requerirá recabar nuevamente la autorización del Titular de la Unidad Administrativa o su equivalente.

Las licencias señaladas en los puntos anteriores sólo podrán concederse a los servidores públicos al Servicio del Poder Ejecutivo del Estado con nombramiento definitivo, una vez al año.

Al vencerse la licencia, el servidor público debe presentarse a su trabajo y, para tener derecho a otra, debe laborar un año cuando menos. En ningún caso las licencias podrán fraccionarse, salvo que sean de forma continua.

En aquellos casos en que el trabajador desee reincorporarse a su plaza antes de la culminación de la licencia, se autorizará mediante solicitud previa de reanudación por parte del Sindicato, causando la baja anticipada del personal que cubra dicha plaza, sin obligación alguna por parte de la Entidad.

### **El procedimiento para solicitar una licencia sin goce de sueldo es el siguiente:**

1. El servidor público deberá solicitar con 5 días de anticipación, la licencia por escrito al Jefe de la Unidad Administrativa u Homólogo o al Sindicato al que se encuentre adscrito.

## Manual de Recursos Humanos

2. La Subdirección de Recursos Humanos podrá rechazar o determinar la improcedencia de la licencia, con base en lo dispuesto en la Ley Estatal del Servicio Civil de Veracruz y las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz.
3. La autorización la emite por escrito el Jefe de la Unidad Administrativa u Homólogo, siempre y cuando no afecte el funcionamiento normal del área a la que se encuentra adscrito el servidor público, de acuerdo a lo dispuesto por la Ley Estatal del Servicio Civil de Veracruz, las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz y el presente Manual.

### **Observaciones:**

El artículo 46, fracción XII de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos para el Estado de Veracruz establece que todo servidor público debe *"abstenerse de autorizar la selección, contratación, nombramiento o designación de quien se encuentre inhabilitado por resolución firme de la autoridad competente para ocupar un empleo, cargo o comisión en el servicio público"*. Por lo tanto, es necesario que previo a la contratación de la persona que desempeñará labores en el servicio público, tendrá como requisito para realizar el trámite, solicitar la Constancia de No Inhabilitación en la Contraloría General.

La Ley del Seguro Social en su artículo 15, fracción I, establece que los patrones están obligados a inscribir a sus trabajadores en el Instituto dentro de un plazo no mayor de cinco días hábiles al inicio de la contratación, como consecuencia los rezagos en que se incurren generará el pago de un recargo imputable al área responsable.

Por su parte, de acuerdo al artículo 46, fracción XVII de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos para el Estado de Veracruz, bajo ninguna circunstancia los servidores públicos podrán intervenir en la selección, designación, contratación, nombramiento, promoción, suspensión, remoción, cese o sanción de los servidores públicos, cuando tengan intereses personales que deriven en alguna ventaja o beneficio para ellos, o su parentela.

En el caso del personal de base, cuando exista objeción fundada en su incompetencia y/o irresponsabilidad y el movimiento sea por ascenso, el servidor público se encuentra obligado a regresar a su puesto anterior dentro de los cinco días siguientes a que se le comunique dicha objeción. De ser de nuevo ingreso, quedará separado del empleo sin responsabilidad para la Dependencia (Cláusula 24 de las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz) tratándose de plazas sindicalizadas, es necesario notificar al Sindicato, quien podrá proponer a un nuevo candidato que cubra el perfil requerido para desempeñar eficientemente el puesto.

## Manual de Recursos Humanos

### **Formato No. 10** **Modelo de Carta de Renuncia**

Xalapa, Ver., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

#### **NOMBRE DEL TITULAR DE LA DEPENDENCIA DEPENDENCIA P R E S E N T E**

El que suscribe **(NOMBRE COMPLETO DEL EMPLEADO)** con número de personal **(00000)** y **R.F.C. (AAAA00000AAA)** por este conducto y por así convenir a mis intereses, me permito presentarle mi Renuncia Voluntaria con carácter de irrevocable al puesto de **(Puesto que desempeña)** adscrito al área de **(Área de adscripción del servidor público)** causando efectos a partir del **(Día)** de **(Mes)** de 202 **(Año)**.

Manifiesto que durante el tiempo que desempeñé mis servicios, siempre me fueron pagadas, en forma correcta y puntual, todas las prestaciones a que tuve derecho conforme a la Ley, así mismo, solicito me sea cubierta la parte proporcional de prestaciones a que tengo derecho por el tiempo laborado conforme a la Ley.

Por último agradezco todas las atenciones que me fueron otorgadas durante el tiempo que presté mis servicios a la Dependencia manifestando que la terminación voluntaria de la relación de trabajo que presento, es sin responsabilidad alguna para la Secretaría.

#### **A T E N T A M E N T E**

#### **NOMBRE COMPLETO DEL EMPLEADO**

- C.c.p. (Director de área de adscripción).- Para su conocimiento. Presente.
- C.c.p. (Jefe superior inmediato).- Mismo fin. Presente.
- C.c.p. (Subdirección de Recursos Humanos).- Mismo fin. Presente.

## Manual de Recursos Humanos

### **Formato No. 11** **Recibo de Finiquito**

BUENO POR \$ \_\_\_\_\_

Recibí de la (Nombre de la Dependencia), **la transferencia electrónica a la cuenta de la institución bancaria acreditada por** la cantidad de: \$ \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ 00/100 M.N.)

Por concepto de finiquito por los servicios que presté en dicha Dependencia hasta el día \_\_\_\_\_  
del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, fecha en que concluyo mi relación laboral.

Asimismo, manifiesto que no se me adeuda cantidad alguna por concepto de salarios devengados, horas extras, vacaciones, prima vacacional, aguinaldo ni otro concepto originado de mi relación laboral, motivo por el cual libero a la institución de toda responsabilidad, sin que me reserve acción o derecho alguno, presente o futuro, que ejercer en su contra.

**ATENTAMENTE**

Xalapa, Ver., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.

RECIBÍ DE CONFORMIDAD

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA**

## Manual de Recursos Humanos

### **Formato No. 12** **Citatorio**

Expediente número: \_\_\_\_\_

Xalapa, Ver., a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

**C. (Nombre del Trabajador)**

**Trabajador adscrito a (Nombre de la Dependencia a la que está adscrito)**

**(Domicilio del trabajador que tenga registrado ante la Dependencia o Presente)**

Con fundamento en lo dispuesto por los artículos 30 fracción XI, 37 inciso \_\_, 38, 39, 40 y 41 de la Ley Estatal del Servicio Civil de Veracruz; (número del artículo) del Reglamento Interior de la Secretaría de (nombre de la Dependencia); Cláusulas 59 fracción \_\_\_\_ y 60 fracción \_\_\_\_ de las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz, se extiende el presente citatorio para que asista el próximo (día y mes), en punto de las \_\_\_\_ horas, con una identificación oficial vigente con fotografía, a las oficinas que ocupa (nombre del lugar donde deberá acudir el trabajador), ubicada en (dirección completa de la oficina), para el levantamiento del Acta Circunstanciada respectiva, por (describir la irregularidad que se le atribuya al trabajador).

Hago de su conocimiento que, conforme a lo dispuesto por el artículo 38 de la Ley mencionada, podrá hacerse acompañar de un representante del sindicato, en caso de pertenecer a uno; y que de no asistir en la fecha y hora señaladas, el levantamiento del acta no se suspenderá y surtirá los efectos legales conducentes.

**A T E N T A M E N T E**

---

**(NOMBRE Y FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO FACULTADO PARA  
IMPONER SANCIONES A LOS TRABAJADORES DE LA DEPENDENCIA)**



## Manual de Recursos Humanos

### **Formato No. 13** **Acta Circunstanciada**

#### **(NOMBRE DE LA DEPENDENCIA)**

EN LA CIUDAD DE ( 1 ) VERACRUZ, SIENDO LAS ( 2 ) HORAS DEL ( 3 ) DE ( 3 ) DE DOS MIL; ( 3 ); REUNIDOS EN LAS OFICINAS QUE OCUPA ( 4 ) DE LA SECRETARÍA DE ( 4 ), CITA EN EL ( 4 ) PISO DEL EDIFICIO MARCADO CON EL NÚMERO ( 5 ), DE LA AVENIDA ( 5 ), COLONIA ( 5 ), CÓDIGO POSTAL ( 5 ), DE ( 5 ), ANTE LA PRESENCIA DE ( 6 ), EL TITULAR DE DICHA ADSCRIPCIÓN O SUPERIOR JERARQUICO DEL (A) CITADO (A) ( 7 ); EN LOS TÉRMINOS ESTABLECIDOS POR LOS ARTÍCULOS 38, 39, 40 Y 41 DE LA LEY ESTATAL DEL SERVICIO CIVIL, SE PROCEDE A LEVANTAR LA PRESENTE ACTA CIRCUNSTANCIADA EN CONTRA DEL (DE LA) C. ( 8 ), PERSONAL DE ( 9 ) CON CATEGORÍA DE ( 10 ), ADSCRITO A ( 11 ), EN SU CARÁCTER DE ( 12 ), CON HORARIO DE LABORES DE ( 13 ) A ( 13 ) HORAS DE LUNES A VIERNES, SUS IRREGULARIDADES CONSISTEN EN ( 14 ) CON LAS CUALES SE PUDIERA ACTUALIZAR LA HIPÓTESIS PREVISTA EN EL ARTÍCULO 37, INCISO (     ) DE LA LEY ESTATAL DEL SERVICIO CIVIL (Y/O dado el caso) LA CLÁUSULA 59 Y/O 60 FRACCIÓN        DE LAS CONDICIONES GENERALES DE TRABAJO DEL PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE VERACRUZ. (Se puede tomar una u otra dependiendo de la infracción cometida)

AL RESPECTO DECLARA EL (LA) C. (15), (16); DE LA SECRETARÍA DE (17): EN EFECTO (18) VIOLENTADO CON SU PROCEDER LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 37, INCISO (     ) DE LA LEY ESTATAL DEL SERVICIO CIVIL (Y/O dado el caso) LA CLÁUSULA 59 Y/O 60 FRACCIÓN        DE LAS CONDICIONES GENERALES DE TRABAJO DEL PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE VERACRUZ, NO TENGO MAS QUE AGREGAR. -----  
-----

A CONTINUACIÓN Y CON PREVIA CITA QUE PARA EL EFECTO SE LE HIZO MEDIANTE OFICIO -CITATORIO N° (19) DE FECHA (20) DEL PRESENTE, \*COMPARECE EL (LA) C. (21), QUIEN POR SUS GENERALES MANIFIESTA LLAMARSE COMO HA QUEDADO ESCRITO, TRABAJADOR ADSCRITO A (22), DEPENDIENTE DE (22), DE LA SECRETARÍA DE (22), QUIEN SE IDENTIFICA CON LA CREDENCIAL DE ELECTOR CON NÚMERO DE FOLIO (23), BAJO PROTESTA DE DECIR LA VERDAD DECLARA: (24), ES TODO LO QUE TIENE QUE DECLARAR Y UNA VEZ LEÍDA SU DECLARACIÓN LA RATIFICA FIRMANDO AL CALCE Y AL MARGEN PARA CONSTANCIA. -----  
-----

\*En caso de que no se presente se debe asentar ese hecho.

- SE HACE CONSTAR LA RECEPCION DE DOCUMENTOS QUE OFREZCA COMO PRUEBAS

EN ESTE ACTO SE DA CUENTA QUE LA PRESENTE ACTA SE LEVANTA ANTE LA PRESENCIA DE SU REPRESENTACIÓN SINDICAL EL (LA) C (25) REPRESENTANTE DEL SINDICATO (26), NOTIFICADO MEDIANTE OFICIO - CITATORIO N° (27), DE FECHA (28) DEL PRESENTE (en caso de que fuera sindicalizado), DOS COMPAÑEROS DE LA MISMA FUENTE DE TRABAJO DE NOMBRES CC. (29), TESTIGOS DE CARGO; ASÍ COMO LOS TESTIGOS DE ASISTENCIA CC. (29), QUE DAN FE DE ESTE ACTO Y FIRMAN AL MARGEN Y AL CALCE DEL PRESENTE DOCUMENTO. -----  
-----

ACTO SEGUIDO Y ADVERTIDOS QUE FUERON QUIENES DECLARAN EN LA PRESENTE DILIGENCIA DE LAS PENAS EN QUE INCURREN LAS PERSONAS QUE SE CONDUCE CON FALSEDAD ANTE AUTORIDAD PÚBLICA O ADMINISTRATIVA, SE PROCEDE A TOMARLES SU DECLARACIÓN POR SEPARADO: -----  
-----

## Manual de Recursos Humanos

### **Formato No. 13** **Acta Circunstanciada**

COMPARECE EL PRIMER TESTIGO EL (LA) C. \_\_\_\_\_ (30) \_\_\_\_\_, QUIEN POR SUS GENERALES MANIFIESTA LLAMARSE COMO HA QUEDADO ESCRITO, SERVIDOR PÚBLICO ADSCRITO A \_\_\_\_\_ (31) \_\_\_\_\_, DEPENDIENTE DE \_\_\_\_\_ (31) \_\_\_\_\_, DE LA SECRETARÍA DE \_\_\_\_\_ (31) \_\_\_\_\_, QUIEN SE IDENTIFICA CON LA CREDENCIAL DE ELECTOR CON NÚMERO DE FOLIO \_\_\_\_\_ (32) \_\_\_\_\_ BAJO PROTESTA DE DECIR LA VERDAD DECLARA: (33) \_\_\_\_\_ QUE ES TODO LO QUE TIENE QUE DECLARAR Y UNA VEZ LEÍDA SU DECLARACIÓN LA RATIFICA FIRMANDO AL CALCE Y AL MARGEN PARA CONSTANCIA.-----

COMPARECE EL SEGUNDO TESTIGO EL (LA) C. \_\_\_\_\_ (34) \_\_\_\_\_, QUIEN POR SUS GENERALES MANIFIESTA LLAMARSE COMO HA QUEDADO ESCRITO, SERVIDOR PÚBLICO ADSCRITO A \_\_\_\_\_ (35) \_\_\_\_\_, DEPENDIENTE DE \_\_\_\_\_ (35) \_\_\_\_\_, DE LA SECRETARÍA DE \_\_\_\_\_ (35) \_\_\_\_\_, QUIEN SE IDENTIFICA CON LA CREDENCIAL DE ELECTOR CON NÚMERO DE FOLIO \_\_\_\_\_ (36) \_\_\_\_\_, BAJO PROTESTA DE DECIR LA VERDAD DECLARA: \_\_\_\_\_ (37) \_\_\_\_\_, QUE ES TODO LO QUE TIENE QUE DECLARAR Y LEÍDA SU DECLARACIÓN LA RATIFICA FIRMANDO AL CALCE Y AL MARGEN PARA CONSTANCIA.-----

DESPUÉS DE LOS TESTIMONIOS RENDIDOS, EL (LA) \_\_\_\_\_ (38) \_\_\_\_\_ DETERMINA: TÚRNESE LA PRESENTE ACTA A \_\_\_\_\_ (39) \_\_\_\_\_ DE ESTA SECRETARÍA \_\_\_\_\_ (40) \_\_\_\_\_, PARA LA EMISIÓN DEL DICTAMEN QUE PROCEDA EN TÉRMINOS DE LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 42 DE LA LEY EN CITA, PARA LOS EFECTOS LEGALES PROCEDENTES A QUE HAYA LUGAR. -----

SE ENTREGA EN ESTE ACTO UNA COPIA DE LA MISMA A TODOS LOS QUE EN ELLA INTERVINIERON, FUNDANDO LA PRESENTE DILIGENCIA EN LAS DISPOSICIONES CONTENIDAS POR LOS ARTÍCULOS 37, 38, 39, 40 Y 41 DE LA LEY ESTATAL DEL SERVICIO CIVIL (Y/O dado el caso) CLÁUSULA 59 Y/O 60 FRACCIÓN \_\_\_\_\_ DE LAS CONDICIONES GENERALES DE TRABAJO DEL PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE VERACRUZ. -----

POR LO ANTERIOR SE DA POR TERMINADA LA PRESENTE ACTA CIRCUNSTANCIADA, SIENDO LAS \_\_\_\_\_ (41) HORAS DEL DÍA DE SU INICIO, LA CUAL PREVIA LECTURA LA FIRMAN AL MARGEN Y AL CALCE DEL PRESENTE DOCUMENTO LAS PERSONAS QUE EN ELLA INTERVINIERON Y QUE DAN FE DE ESTE ACTO.-----

( 42 )

\_\_\_\_\_  
(Nombre del titular del área, con tipografía en negritas)

\_\_\_\_\_  
(Nombre del empleado, con tipografía en negritas)

\_\_\_\_\_  
(Representación sindical, con tipografía en negritas)

#### TESTIGOS DE CARGO

\_\_\_\_\_  
(Nombre de testigo, con tipografía en negritas)

\_\_\_\_\_  
(Nombre de testigo, con tipografía en negritas)

## Manual de Recursos Humanos

### **Formato No. 13** **Instructivo de Llenado del Acta Circunstanciada**

| <b>Donde dice:</b> | <b>Deberá decir:</b>  |
|--------------------|---|
| 1                  | Nombre de la ciudad o población donde se levante el acta.   |
| 2                  | Hora en que se levantó el acta con letra.   |
| 3                  | Fecha: día, mes y año con letra.  |
| 4                  | Área de adscripción del servidor público, centro de trabajo y ubicación física con letra.   |
| 5                  | Dirección completa, indicando número, avenida, colonia, código postal y ciudad.   |
| 6                  | Nombre del titular del área, sombreado con tipografía en negritas.  |
| 7                  | Descripción del cargo que ocupa dentro del centro de trabajo.   |
| 8                  | Nombre del empleado en mención con negritas.  |
| 9                  | Tipo de contratación: base, contrato o empleado temporal administrativo.  |
| 10                 | Categoría según el tabulador.   |
| 11                 | Área de adscripción del servidor público.   |
| 12                 | Puesto que desempeña.   |
| 13                 | Horario de labores.   |
| 14                 | Descripción de la infracción cometida que tenga relación con lo establecido en los ordenamientos citados.                           |
| 15                 | Nombre del titular del área con tipografía en negritas.   |
| 16                 | Puesto del titular del área.  |
| 17                 | Centro de trabajo   |
| 18                 | Describir la razón sobre la cual se levanta la presente acta circunstanciada, con la fecha en la que se dio el acto.                |
| 19                 | No. de Oficio-Citatorio   |
| 20                 | Fecha del Oficio-Citatorio.   |
| 21                 | Nombre del servidor público en mención con negritas.  |
| 22                 | Área de adscripción del servidor público, nombre del titular del área con tipografía en negritas, indicando Centro de trabajo.      |
| 23                 | No. de Folio de su Credencial de Elector.   |
| 24                 | Describir por parte del servidor público citado la razón sobre la cual se levanta la presente acta circunstanciada.                 |
| 25                 | En caso de encontrarse en el supuesto de que sea un servidor público sindicalizado, se deberá anotar el nombre de su representante. |
| 26                 | Indicar el nombre de la Organización Sindical.  |
| 27                 | No. de Oficio Citatorio que precedió para su asistencia.  |
| 28                 | Fecha del Oficio-Citatorio  |
| 29                 | Nombre de los testigos de cargo y asistencia, con negritas.   |
| 30                 | Nombre del primer testigo.  |
| 31                 | Área de adscripción del primer testigo indicando el Centro de Trabajo   |
| 32                 | No. de Folio de la Credencial de Elector del primer testigo.  |
| 33                 | Narrativa de los hechos por parte del primer testigo.   |
| 34                 | Nombre del segundo testigo.   |
| 35                 | Área de adscripción del segundo testigo indicando el Centro de Trabajo  |
| 36                 | No. de Folio de la Credencial de Elector del segundo testigo.   |

## Manual de Recursos Humanos

| <b>Donde dice:</b> | <b>Deberá decir:</b>  |
|--------------------|---|
| 37                 | Narrativa de los hechos por parte del segundo testigo.  |
| 38                 | Nombre del titular del área que levanta la presente, con tipografía en negritas.  |
| 39                 | Sólo la Dirección General de Administración o la Unidad Administrativa están facultadas para aplicar sanciones a los servidores públicos.   |
| 40                 | Nombre de la Secretaría, en caso de la SEFIPLAN su Reglamento Interior otorga esta facultad al titular de la Dirección General de Administración.   |
| 41                 | Hora en la que se termina el acta.  |
| 42                 | Se consignan las firmas de los que intervinieron en el acta, tanto de funcionarios, el o los servidores públicos involucrados en los hechos y los testigos. Se requerirá por lo menos dos testigos para levantar el acta. |



# 3. Nómina

### 3. Nómina

#### 3.1 Plantilla de Ocupación de Plazas

La plantilla de personal es un documento auxiliar del control interno de la gestión de Recursos Humanos de cada Dependencia, que le permite determinar los movimientos quincenales que se realicen tanto del personal como de las plazas. En esa plantilla se detallan los siguientes datos:

- Centro de trabajo.
- Número de plaza.
- Categoría.
- Puesto.
- Nombre del empleado.
- Registro Federal de Contribuyentes.
- Clave Única de Registro de Población.
- Sueldo tabular mensual.
- Número de personal.
- Clave sindical.
- Adscripción.
- Vigencia.
- Importe del quinquenio que cobra el empleado.
- Importe turno vespertino.
- Carácter con que el empleado ocupa una plaza.
- Estado de la plaza.

#### 3.2 Emisión de Nómina

Las Dependencias deberán enviar los movimientos de personal en tiempo y forma para su captura en el Sistema Central de Recursos Humanos, de acuerdo con las fechas establecidas en cada uno de los procesos quincenales del Calendario de Operación de la nómina de Base, Eventual y ETA para las Dependencias del Poder Ejecutivo, mismo que aplica la Secretaría de Finanzas y Planeación. Dicho calendario se emitirá por parte de la Subdirección de Recursos Humanos de manera semestral en los períodos enero-julio y agosto-diciembre de cada año y se hará del conocimiento a las Dependencias para que se cumplan con todos los procesos que forman parte de la generación de la nómina.

La Subdirección de Recursos Humanos debe realizar la captura de movimientos de nómina y las Dependencias validarán que éstos se realicen de acuerdo a lo solicitado. Una vez procesada la nómina en el Sistema Central de Recursos Humanos, la Secretaría de Finanzas y Planeación realiza la dispersión del pago electrónico quincenal al personal trabajador de las Dependencias del Poder Ejecutivo (Excepto SEV). Posteriormente el personal autorizado de cada Dependencia acude a la Secretaría de Finanzas y Planeación por los archivos electrónicos de los Comprobantes Fiscales Digitales por Internet (CFDI) en formato PDF y Xml, generados por los pagos de servicios personales.

Con base en la normatividad de operación de la nómina, las Dependencias deben solicitar el bloqueo de los pagos no correspondientes o improcedentes a más tardar 2 días previos a la fecha de pago y proceder a su cancelación y registro contable.

## Manual de Recursos Humanos

El pago al personal incluido en la nómina de la administración centralizada se hará quincenalmente a través de depósito electrónico, de acuerdo a lo establecido en el calendario de operación de la nómina y el trabajador podrá disponer de su comprobante de depósito (**Véase formato No. 14**) a través del portal de Intranet del Gobierno del Estado <http://intranet.veracruz.gob.mx> .

El importe de dicho pago será variable y estará en función de la categoría y zona económica en la que el servidor público presta sus servicios, de acuerdo al tabulador autorizado por la Secretaría de Finanzas y Planeación, publicado en el Decreto de Presupuesto de Egresos para el Ejercicio Fiscal Vigente.

Es responsabilidad de las Unidades Administrativas que el personal reúna los requisitos de contratación, previo a la captura y emisión de la nómina.

De conformidad con el Programa de Consolidación de los Servicios Personales de las Dependencias y Entidades del Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Veracruz, la Secretaría de Finanzas y Planeación a través de la Subdirección de Recursos Humanos, solicita la ministración de recursos a Tesorería y dispersa quincenalmente las nóminas de las Dependencias del Poder Ejecutivo del Estado, para el pago de los servicios personales, por cuenta y orden de las mismas.

Actualmente la nómina del personal de base, contrato y Empleado Temporal Administrativo (ETA) se integra en un solo Sistema Central de Recursos Humanos.

Las Prestaciones por tipo de contratación para los trabajadores al Servicio del Poder Ejecutivo son:

| PARTIDA  | CONCEPTO   | TIPO DE CONTRATACIÓN |                   |   |
|----------|--|----------------------|-------------------|---|
|          |  | BASE                 | CONTRATO EVENTUAL | EMPLEADO TEMPORAL ADMINISTRATIVO (E.T.A.) |
| 11300002 | Sobresueldo Jerarquización Terciaria Policial                                  | X                    |                   |   |
| 15400001 | Ayuda para Pasajes   | X                    | X                 | X   |
| 15400004 | Despensa   | X                    | X                 | X   |
| 15400005 | Previsión Social Múltiple  | X                    | X                 | X   |
| 12300002 | Ayuda por Servicios  | X                    | X                 |   |
| 15500002 | Ayuda para Capacitación y Desarrollo   | X                    | X                 | X   |
| 13300001 | Compensación por Servicios de Turno Vespertino                                 | X                    |                   |   |
| 15400004 | Apoyo por Productividad en el Desempeño de su Labor (Despensa) <sup>*(3)</sup> | X                    |                   |   |
| 17100001 | Estímulo por Antigüedad  | X                    |                   |   |
| 13400003 | Participaciones al Personal  | X                    | X                 | X   |
| 13100001 | Quinquenios  | X                    |                   |   |
| 13100002 | Quinquenios Nueva Generación   | X                    |                   |   |
| 15400007 | Pago de Días Económicos No Disfrutados <sup>*(3)</sup>                         | X                    |                   |   |
| 15400026 | Previsión Social para Policías   | X                    |                   |   |
| 15400029 | Ayuda de Previsión Social por Riesgo de Seguridad Pública                      | X                    |                   |   |
| 15400030 | Gratificación Extraordinaria   | X                    | X                 | X   |
| 15400032 | Compensación por Servicios Especiales  | X                    | X                 | X   |
| 17100010 | Estímulo al Destacado Desempeño* <sup>(1)</sup>                                | X                    | X                 | X   |
| 17100008 | Estímulo por Productividad * <sup>(1)</sup>                                    | X                    | X                 | X   |
| 15400023 | Compensación Temporal Compactable  | X                    | X                 |   |

## Manual de Recursos Humanos

| PARTIDA  | CONCEPTO  | TIPO DE CONTRATACIÓN |                   |   |
|----------|---|----------------------|-------------------|---|
|          |   | BASE                 | CONTRATO EVENTUAL | EMPLEADO TEMPORAL ADMINISTRATIVO (E.T.A.) |
| 13200003 | Prima Vacacional  | X                    | X                 |   |
| 13200004 | Bono Anual de Despensa  | X                    | X                 |   |
| 13200004 | Apoyo para Estrategia e Imagen de Previsión Social (Bono Anual de Despensa) | X                    | X                 |   |
| 13200005 | Canasta Navideña  | X                    | X                 |   |
| 13400005 | Compensación por Ajuste de Calendario                                       | X                    | X                 |   |
| 17100006 | Estímulo a Servidores Públicos  | X                    | X                 | X   |
| 15400014 | Ayuda para la Adquisición de Útiles Escolares                               | X                    | X                 |   |
| 15400017 | Pago del Día de las Madres  | X                    | X                 | X   |
| 15400017 | Pago del Día del Padre  | X                    | X                 | X   |
| 13400007 | Compensación Administrativa   | X                    | X                 |   |
| 15400025 | Asignación por Actividades Culturales                                       | X                    | X                 |   |
| 13200002 | Gratificación Anual (Aguinaldo)   | X                    | X                 | X   |
| 15400031 | Gratificación   | X                    | X                 |   |
| 14300001 | Sistema de Ahorro para el Retiro S.A.R.                                     | X                    |                   |   |
| 15400002 | Ayuda para Lentes, Aparatos Ortopédicos y Auditivos                         | X                    | X                 | X   |
| 14100002 | Seguro Institucional de Vida, por Incapacidad Total y Permanente            | X                    | X                 |   |
| 14300002 | Seguro de Retiro  | X                    |                   |   |
| 14100004 | Seguro de Vida y Pago de Marcha * (2)                                       | X                    |                   |   |

\* (1) Aplica al personal operativo y/o administrativo de estructura de mando medio, superior o equivalente en responsabilidad.

\* (2) Aplica al personal pensionado por el IPE del Sector Administrativo.

\* (3) Aplica al personal sindicalizado.

Con base en el Decreto de Presupuesto de Egresos del Gobierno del Estado de Veracruz para el ejercicio 2014, en la 2ª quincena de enero de 2014, la nómina de Gratificación Extraordinaria se incorporó en el Sistema Central de Recursos Humanos, homologándose los procedimientos de dicha nómina con la nómina básica, por lo que el pago se realiza de forma quincenal. Asimismo, el personal que anteriormente se identificaba como Solo Compensación ahora se identifica como Empleado Temporal Administrativo (E.T.A.), el cual cuenta con categoría, paquete de prestaciones de previsión social y gratificación extraordinaria.

Las percepciones y deducciones ligadas a la forma de contratación e historial laboral del trabajador son las siguientes:

| PARTIDA  | PERCEPCIONES                                      | DEDUCCIONES |         |                |                  |  |            |
|----------|---|-------------|---------|----------------|------------------|--|------------|
|          |   | ISR 41      | IMSS 42 | IPE 60 61 o 65 | SEGURO DE RETIRO | PENSIÓN ALIMENTICIA Y JUICIO MERCANTIL 93, 278 | SINDICATOS |
| 11300001 | Sueldos y Salarios                                | X           | X       | X              | X                | X  | X          |
| 12200001 | Sueldos al Personal Eventual                      | X           | X       |                |                  | X  |            |
| 12200003 | Sueldos al Empleado Temporal Administrativo (ETA) | X           | X       |                |                  | X  |            |
| 11300002 | Sobresueldo Jerarquización Terciaria Policial     | X           | X       | X              |                  | X  |            |
| 15400001 | Ayuda para Pasajes                                |             | X       |                |                  | X  |            |
| 15400004 | Despensa  |             |         |                |                  | X  |            |
| 15400005 | Previsión Social Múltiple                         |             | X       |                |                  | X  |            |
| 12300002 | Ayuda por Servicios                               | X           | X       |                |                  | X  |            |
| 15500002 | Ayuda para Capacitación y Desarrollo              |             | X       |                |                  | X  |            |



## Manual de Recursos Humanos

| PARTIDA  | PERCEPCIONES  | DEDUCCIONES |            |                         |                        |  |            |
|----------|---|-------------|------------|-------------------------|------------------------|--|------------|
|          |   | ISR<br>41   | IMSS<br>42 | IPE<br>60<br>61 o<br>65 | SEGURO<br>DE<br>RETIRO | PENSIÓN<br>ALIMENTICIA<br>Y JUICIO<br>MERCANTIL<br>93, 278 | SINDICATOS |
| 13300001 | Compensación por Servicios de Turno Vespertino                              | X           | X          |                         |                        | X  | X          |
| 15400004 | Apoyo por Productividad en el Desempeño de su Labor (Despensa)              |             |            |                         |                        | X  |            |
| 17100001 | Estímulo por Antigüedad   | X           | X          |                         |                        | X  |            |
| 13400003 | Participaciones al Personal   | X           | X          |                         |                        | X  |            |
| 13100001 | Quinquenios   | X           | X          |                         |                        | X  |            |
| 13100002 | Quinquenios Nueva Generación  | X           | X          | X                       |                        | X  |            |
| 15400007 | Pago de Días Económicos No Disfrutados                                      | X           | X          |                         |                        | X  |            |
| 15400026 | Previsión Social para Policías  | X           | X          |                         |                        | X  |            |
| 15400029 | Ayuda de Previsión Social por Riesgo de Seguridad Pública                   | X           | X          |                         |                        | X  |            |
| 15400030 | Gratificación Extraordinaria  | X           | X          |                         |                        | X  |            |
| 15400032 | Compensación por Servicios Especiales                                       | X           | X          |                         |                        | X  |            |
| 17100010 | Estímulo al Destacado Desempeño   | X           | X          |                         |                        |  |            |
| 17100008 | Estímulo por Productividad  | X           | X          |                         |                        | X  |            |
| 15300001 | Liquidaciones por Indemnizaciones y Sueldos y Salarios Caídos               | X           |            |                         |                        | X  |            |
| 15400023 | Compensación Temporal Compactable   | X           | X          |                         |                        | X  |            |
| 13200003 | Prima Vacacional  | X           | X          |                         |                        | X  |            |
| 13200004 | Bono Anual de Despensa  |             |            |                         |                        | X  |            |
| 13200004 | Apoyo para Estrategia e Imagen de Previsión Social (Bono Anual de Despensa) |             | X          |                         |                        | X  |            |
| 13200004 | Día del Policía Veracruzano* (2)  |             |            |                         |                        | X  |            |
| 13200005 | Canasta Navideña  | X           | X          |                         |                        | X  |            |
| 13400005 | Compensación por Ajuste de Calendario                                       | X           |            |                         |                        | X  |            |
| 17100006 | Estímulo a Servidores Públicos  |             | X          |                         |                        | X  |            |
| 15400014 | Ayuda para la Adquisición de Útiles Escolares                               |             | X          |                         |                        | X  |            |
| 15400017 | Pago del Día de las Madres  | X           | X          |                         |                        | X  |            |
| 15400017 | Pago del Día del Padre  | X           | X          |                         |                        | X  |            |
| 13400007 | Compensación Administrativa   | X           | X          |                         |                        | X  |            |
| 15400025 | Asignación por Actividades Culturales                                       |             | X          |                         |                        | X  |            |
| 13200002 | Gratificación Anual   | X           | X          |                         |                        | X  |            |
| 15400031 | Gratificación   | X           | X          |                         |                        | X  |            |
| 00001001 | Subsidio al Empleo  |             |            |                         |                        | X  |            |
| 15400002 | Ayuda para Lentes, Aparatos Ortopédicos y Auditivos                         |             |            |                         |                        |  |            |
| 14100002 | Seguro Institucional de Vida, por Incapacidad Total y Permanente            |             |            |                         |                        |  |            |
| 14300002 | Seguro de Retiro  |             |            |                         |                        | X  |            |
| 14100004 | Seguro de Vida y Pago de Marcha * (1)                                       |             |            |                         |                        |  |            |

(1) Aplica al personal pensionado por el IPE del Sector Administrativo.

(2) Aplica al personal operativo de la Secretaría de Seguridad Pública.

### **Días Económicos No Disfrutados**

Esta prestación se otorga por una sola vez al año, a través de la partida 15400007 a los trabajadores de base al Servicio del Poder Ejecutivo, que se encuentren activos y afiliados a las organizaciones sindicales.

El servidor público tendrá derecho a disfrutar hasta 8 permisos económicos durante el año, no pudiendo exceder de 2 días en un mes. Cuando no haga uso de ellos durante el año, siempre y cuando haya estado en servicio activo ininterrumpido, se le pagarán directo en nómina hasta 4 días, tomando como salario para el cálculo, el salario mínimo

## Manual de Recursos Humanos

vigente en la Ciudad de México. (Cláusula 49 de las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz).

Esta prestación se determina, a través del control de asistencia de cada Dependencia, y se pagará por nómina, para lo cual cada una de las Dependencias efectuará la validación correspondiente e incluirá el importe de los días económicos no disfrutados en la primera quincena de octubre, turnando el archivo electrónico a SEFIPLAN para el pago correspondiente.



## Manual de Recursos Humanos

### **Formato No. 14** **Notificación de Depósito**

| PERCEPCIONES | DEDUCCIONES   | QNA                 | No. deposito    | No. progresivo |
|--------------|---|---------------------|-----------------|----------------|
|              | <br><b>VERACRUZ</b><br>GOBIERNO DEL ESTADO | NOMBRE DEL EMPLEADO |                 |                |
|              |   | R.F.C.              | No. DE PERSONAL | No. DE PLAZA   |
|              |   | CLAVE PUESTO        |                 |                |
|              |   | PUESTO              |                 |                |
|              |   | CENTRO DE TRABAJO   |                 |                |
|              |   | CATEGORIA           |                 |                |
| <b>TOTAL</b> | <b>TOTAL</b>  | IMPORTE NETO        | FECHA DE PAGO   | CVE. PROGRAM.  |
|              |   |                     |                 |                |

#### **Nota:**

Para la consulta de la notificación de depósito, el personal trabajador debe ingresar su usuario y contraseña, previamente registrados en el Portal del Servidor Público (intranet), quedando bajo su responsabilidad la impresión del mismo.

### **3.3. Revisión y Análisis de las Nóminas de Entidades (Organismos Públicos Descentralizados)**

De conformidad con lo dispuesto en el numeral 44 de la Ley Orgánica para el Poder Ejecutivo, los Organismos Públicos Descentralizados creados por ley o decreto, cuentan con personalidad jurídica y patrimonio propio. No obstante, en términos de lo dispuesto en los Lineamientos Generales de Austeridad y Contención del Gasto para el Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz, del Decreto por el que se establece el Programa de Consolidación de los Servicios Personales de las Dependencias y Entidades del Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave; del Decreto de Presupuesto de Egresos Para el Ejercicio Fiscal Vigente; así como el artículo 30 del Reglamento Interior de la Secretaría de Finanzas y Planeación, la administración y gestión de las nóminas de las Entidades deberá ajustarse a los procedimientos que establezca el Artículo 30 del Reglamento Interior de la SEFIPLAN, razón por la cual deben:

- Cargar quincenal y/o mensualmente en el Programa Válida Nómina, las nóminas enviadas por los Organismos Públicos Descentralizados (OPD's), a través del Departamento de Gestión, Dispersión y Digitalización de la Nómina quien validará la información proporcionada, verificará el cumplimiento de la normatividad en

## Manual de Recursos Humanos

materia de prestaciones y tabulador de sueldos y comunicará a dichos OPD's los casos en que se encuentren diferencias, a fin de que sean subsanadas.

En este sentido, se tramitarán sus nóminas ante la Secretaría de Finanzas y Planeación, de manera quincenal y/o mensual a través de la solicitud-comprobación de recursos (Orden de compra) (**Véase formato No. 15**), el recibo global (**Véase formato No. 16**), la nómina adjunta (**Véase formato No. 17**), el Resumen de movimientos de bajas y altas de personal (**Véase formato No. 18**), el Resumen de decrementos (**Véase formato No. 19**) y el Resumen de incrementos. (**Véase formato No. 20**)

El análisis a la información proporcionada, parte de la premisa que en ningún caso, las prestaciones consideradas para los trabajadores de las Entidades (OPD's) podrán ser diferentes o superiores a las que se concedan a los trabajadores del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz.

### Requisitos para la validación de las nóminas de las Entidades:

1. La nómina debe estar autorizada con firma autógrafa de los Titulares de cada Entidad.
2. Contar con los recursos presupuestales para pagarla, así como las obligaciones, deducciones y demás pagos y prestaciones que por ley deben cubrirse.
3. En caso de estar sectorizadas tendrán que contar con la autorización previa del Sector al que se encuentran adscritas.
4. Si la Nómina contempla movimientos de altas sin reporte de baja e incrementos, ésta se acompañará de la siguiente documentación:
  - Dictamen de Justificación por parte de la Entidad
  - Aprobación de su Órgano de Gobierno
  - Dictamen de Suficiencia Presupuestal
5. Los sueldos asignados a los trabajadores no deberán sobrepasar el Tabulador de sueldos autorizado en el Decreto de Presupuesto de Egresos para el Ejercicio Fiscal vigente.
6. No se realizará el pago a trabajadores que se encuentren activos en otra Entidad o Dependencia, sin que se haya validado la compatibilidad de horarios.

### Periodicidad en el trámite de pago de las nóminas

1. Las Entidades (OPD's) se apegarán al calendario de operación de la nómina de las Entidades del Poder Ejecutivo, para la validación de sus nóminas.
2. Enviarán su Solicitud-comprobación de Recursos (Orden de compra) a través de Oficio de forma quincenal o mensual según sea el caso, en los primeros 10 días del mes para la primera quincena y del 15 al 20 del mes para la segunda quincena.
3. Las plantillas de personal se enviarán de forma mensual 5 días después del pago realizado.

## 3.4 Timbrado de Nómina

En cumplimiento a lo previsto en el Código Fiscal de la Federación Vigente, los Estados y Municipios están obligados a expedir un recibo de nómina con las características del Comprobante Fiscal Digital por Internet (CFDI) a través del Sistema de Administración Tributaria (SAT) o Proveedor Autorizado de Certificación (PAC), por lo que en el Poder Ejecutivo se dio cumplimiento a dicha normativa con la publicación del Decreto por el

## Manual de Recursos Humanos

que se Faculta a la Secretaría de Finanzas y Planeación (SEFIPLAN) para Realizar el Proceso del Sellado Digital y Timbrado de Todos los Pagos por Servicios Personales de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Estatal, publicado en la Gaceta Oficial el 27 de enero de 2014, así como la Miscelánea Fiscal vigente Regla 2.7.5.1.

La información referente a todo pago de servicios personales de las Dependencias se timbrará de manera centralizada y en cuanto a las Entidades (OPD's) de la Administración Pública Estatal se realizará por cada una con el apoyo de la plataforma tecnológica autorizada, de acuerdo a lo siguiente:

- a) Cada una de las Dependencias y Entidades (OPD's) será responsable de la emisión de su nómina, remitiendo la misma a la SEFIPLAN.
- b) Derivado de que no todos los pagos son procedentes, las Dependencias remitirán la información de la improcedencia a la SEFIPLAN para que sea eliminada previa dispersión de la nómina.
- c) La SEFIPLAN realiza la dispersión de pagos de nómina centralizada a todos los trabajadores de las Dependencias del Poder Ejecutivo del Estado.
- d) Se integra el timbrado con lo efectivamente pagado, previa eliminación de los pagos rechazados después del proceso de dispersión (rechazos debido a cuentas canceladas, cuentas erróneas, cuentas inexistentes, etc.).
- e) Las Entidades (OPD's) del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz deben realizar la carga de información en el Portal Digital de Timbrado para Recibos de Nómina dentro del periodo y calendarios establecidos en la Miscelánea Fiscal vigente, siendo responsables de la veracidad y confidencialidad, así como de la guarda y custodia de la información que se maneja dentro del sistema portal digital de timbrado para recibos de nómina.
- f) En caso de que existan inconsistencias en las plantillas enviadas por las Entidades (OPD's) para su timbrado, éstas serán devueltas a la plataforma autorizada, con el indicador de error, para que sean validadas y corregidas por la Entidad para el timbrado correcto.
- g) Cuando el recibo electrónico ya se encuentra timbrado y tenga alguna inconsistencia, la Entidad (OPD) solicitará la cancelación del mismo, realizará las correcciones a las plantillas y volverá a cargar la información para el timbrado correcto.
- h) Se remite al personal trabajador el CFDI en formato .xml (**Representación No. 1**) y .Pdf (**Representación No. 2**), a través del correo electrónico que se encuentre registrado en el expediente del Sistema Central de Recursos Humanos.

# Manual de Recursos Humanos

## Formato No. 15 Solicitud Comprobación de Recursos (Orden de Compra)



GOBIERNO DEL ESTADO DE VERACRUZ  
SECRETARÍA DE FINANZAS Y PLANEACIÓN

### SOLICITUD-COMPROBACIÓN DE RECURSOS

|                      |                  |             |           |      |    |
|----------------------|------------------|-------------|-----------|------|----|
| FECHA DE ELABORACIÓN | FECHA DE PROCESO | No. TRAMITE | No. FOLIO | HOJA | DE |
|                      |                  |             |           | 1    | 1  |

|                                   |              |                                     |                  |  |                        |  |                          |
|-----------------------------------|--------------|-------------------------------------|------------------|--|------------------------|--|--------------------------|
| TIPO                              | PAGO DIRECTO | SUJETO A COMPROBAR                  | FONDO REVOLVENTE | <input type="checkbox"/>                     | COMPROBACIÓN DEL FOLIO | TRAMITAR ESTA ORDEN                      |                          |
| UNIDAD PRESUPUESTAL               | CLAVE No.    | NOMBRE                              |                  |  |                        | TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA                | <input type="checkbox"/> |
| AREA/DEPARTAMENTO                 | CLAVE No.    | NOMBRE                              |                  |  |                        | CHEQUE                                   | <input type="checkbox"/> |
| INSTRUCCIÓN:                      |              |                                     |                  |  |                        | ELABORADO POR NOMBRE:                    |                          |
| IMPORTE                           | CON NÚMERO   | CON LETRA                           |                  |  | TELEFONO Y/O EXT       |  |                          |
|                                   | \$0.00       | (                                   | 00/100 M.N.)     |  |                        |  |                          |
| MOTIVOS POR LO QUE NO PROCEDE:    |              |                                     |                  |  |                        |  |                          |
| 1. FALTA DE DISPONIBILIDAD        |              | <input type="checkbox"/>            |                  | 4. COMPROBANTE NO REUNEN REQUISITOS FISCALES |                        | <input type="checkbox"/>                 |                          |
| 2. NO EXISTE PARTIDA PRESUPUESTAL |              | <input type="checkbox"/>            |                  | 5. DOCUMENTACIÓN EXTEMPORÁNEA                |                        | <input type="checkbox"/>                 |                          |
| 3. FALTA DE COMPROBANTES          |              | <input checked="" type="checkbox"/> |                  | 6. FALTA FIRMA O FACSIMIL                    |                        | <input type="checkbox"/>                 |                          |
|                                   |              |                                     |                  |  |                        | 7. FIRMA NO AUTORIZADA EN LOS DOCUMENTOS |                          |
|                                   |              |                                     |                  |  |                        | 8. OTROS                                 |                          |

| PARTIDA Y PROGRAMA | DENOMINACIÓN Y CONCEPTO | R.F.C. o Control | PROVEEDOR O BENEFICIARIO | IMPORTE |
|--------------------|-------------------------|------------------|--------------------------|---------|
| CUENTA DE CARGO    |                         |                  |                          |         |
| CUENTA DE ABONO    |                         |                  |                          |         |
| CUENTA DE PASIVO   |                         |                  |                          |         |
| TOTAL \$           |                         |                  |                          | 0.00    |



|                                 |             |                                    |                  |                             |
|---------------------------------|-------------|------------------------------------|------------------|-----------------------------|
| DEPARTAMENTO DE ORDENES DE PAGO | Vo. Bo.     | Vo. Bo.                            | Vo. Bo.          | Vo. Bo.                     |
|                                 | SOLICITANTE | JEFE DEL DEPTO. DE ORDENES DE PAGO | AUTORIZA EL PAGO | RECIBI                      |
| SELLO DE RECIBIDO               |             |                                    |                  | NOMBRE No. EMPLEADO Y FIRMA |

### NOTA:

Es responsabilidad de los OPD´s requisitar la comprobación de recursos a través del Sistema de Administración Financiera del Estado de Veracruz (SIAFEV).

## Manual de Recursos Humanos

### Formato No. 16 Recibo Global

|  |  |
|--|--|
|  VERACRUZ<br>GOBIERNO<br>DEL ESTADO   |  SEFIPLAN<br>Secretaría de Finanzas<br>y Planeación |
| BUENO POR \$ _____ (IMPORTE A PAGAR) _____.  |  |
| R E C I B Í DE LA SECRETARÍA DE FINANZAS Y PLANEACIÓN DEL ESTADO DE VERACRUZ, LA<br>CANTIDAD DE -----<br>-----<br>\$ _____ CON NÚMERO _____ ( _____ CON LETRA _____ ),<br>CORRESPONDIENTE A LA NÓMINA (BASE, CONTRATO Y/O EMPLEADO TEMPORAL<br>ADMINISTRATIVO) DE LA (ESPECIFICAR EL PERIODO A PAGAR QUINCENAL O MENSUAL Y EL<br>MES Y AÑO CORRESPONDIENTE). |  |
| XALAPA, VER., A <u> (DÍA) </u> DE <u> (MES) </u> DE <u> (AÑO) </u> .   |  |
| _____<br>(NOMBRE Y FIRMA)  |  |

## Manual de Recursos Humanos

### Formato No. 17 Nómina Adjunta

|   |                     |                |             |              |           |
|---|---------------------|----------------|-------------|--------------|-----------|
|  <b>VERACRUZ</b><br>GOBIERNO<br>DEL ESTADO |                     |                |             |              | FORMATO 3 |
| ENTIDAD: _____  |                     |                |             |              |           |
| FORMATO DE NOMINA ADJUNTA   |                     |                |             |              |           |
| QUINCENAL: _____  |                     | MENSUAL: _____ |             |              |           |
| RFC   | NOMBRE DEL EMPLEADO | PERCEPCIONES   | DEDUCCIONES | NETO A PAGAR |           |
|   |                     |                |             |              |           |
|   |                     |                |             |              |           |
|   |                     |                |             |              |           |
|   |                     |                |             |              |           |
|   |                     |                |             |              |           |
|   |                     |                |             |              |           |
|   |                     |                |             |              |           |
|   |                     |                |             |              |           |
|   |                     |                |             |              |           |
|   |                     |                |             |              |           |
|   |                     |                |             |              |           |
|   |                     |                |             |              |           |
|   |                     |                |             |              |           |
|   |                     |                |             |              |           |
|   |                     |                |             |              |           |
|   |                     |                |             |              |           |
|   |                     |                |             |              |           |
|   |                     |                |             |              |           |
|   |                     |                |             |              |           |
|   |                     |                |             |              |           |
|   |                     |                |             |              |           |
|   |                     |                |             |              |           |
|   |                     |                |             |              |           |
|   |                     |                |             |              |           |
|   |                     |                |             |              |           |

**NOTA:**  
Es responsabilidad de los OPD´s requisitar este formato.





## Manual de Recursos Humanos

### **Formato No. 18** **Instructivo de llenado del Resumen de Movimientos de Bajas y Altas de Personal**

#### BAJAS

| <b>Donde dice:</b>      | <b>Deberá decir:</b>   |
|-------------------------|--|
| 1. Encabezado           | Nombre del Organismo Público Descentralizado                           |
| 2. Quincena y/o mes     | Especificar la quincena o en su caso el mes que se reporta             |
| 3. No.                  | Número consecutivo   |
| 4. Nombre               | Nombre del empleado que se reporta de baja                             |
| 5. Puesto               | Puesto que ocupa el empleado que se reporta de baja                    |
| 6. Ingreso Neto Mensual | Total de percepciones mensuales menos deducciones de ley               |
| 7. Observaciones        | En su caso especificar la fecha de baja y el motivo que la generó      |
| 8. Total                | Suma de los importes que se reportan                                   |
| 9. Nombre y firma       | Especificar el nombre y la firma del Titular Administrativo u homologo |

#### ALTAS

| <b>Donde dice:</b>      | <b>Deberá decir:</b>   |
|-------------------------|--|
| 1. Encabezado           | Nombre del Organismo Público Descentralizado                           |
| 2. Quincena y/o mes     | Especificar la quincena o en su caso el mes que se reporta             |
| 3. No.                  | Número consecutivo   |
| 4. Nombre               | Nombre del empleado que se reporta de alta                             |
| 5. Puesto               | Puesto que ocupará el empleado   |
| 6. Ingreso Neto Mensual | Total de percepciones mensuales menos deducciones de ley               |
| 7. Observaciones        | En su caso especificar la fecha de alta y la vacante que ocupa         |
| 8. Total                | Suma de los importes que se reportan                                   |
| 9. Nombre y firma       | Especificar el nombre y la firma del Titular Administrativo u homologo |



## Manual de Recursos Humanos

### **Formato No. 19** **Instructivo de llenado del Resumen de Decrementos**

| <b>Donde dice:</b>                | <b>Deberá decir:</b>   |
|-----------------------------------|--|
| 1. Encabezado                     | Nombre del Organismo Público Descentralizado                           |
| 2. Quincena y/o mes               | Especificar la quincena o en su caso el mes que se reporta             |
| 3. No.                            | Número consecutivo   |
| 4. Nombre                         | Nombre del empleado que se reporta                                     |
| 5. Puesto Anterior                | Puesto actual que ocupa el empleado que se reporta                     |
| 6. Ingreso Neto Mensual           | Total de percepciones mensuales actuales menos deducciones de ley      |
| 7. Puesto propuesto               | Especificar el puesto que se propone ocupará el empleado               |
| 8. Importe Neto Decrementado      | Importe neto a descontar   |
| 9. Ingreso Neto Mensual Propuesto | Total de percepciones mensuales propuestas menos deducciones de ley    |
| 10. Observaciones                 | En su caso especificar el motivo que generó el decremento              |
| 11. Total                         | Suma de los importes que se reportan                                   |
| 12. Nombre y firma                | Especificar el nombre y la firma del Titular Administrativo u homologo |

## Manual de Recursos Humanos

### Formato No. 20 Resumen de Incrementos

PERSONALIZAR EL ENCABEZADO CON LOS DATOS DEL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO

RESUMEN DE MOVIMIENTOS DE PERSONAL

QUINCENA Y/O MES: \_\_\_\_\_

#### INCREMENTOS

| No.          | NOMBRE | PUESTO ANTERIOR | INGRESO NETO MENSUAL ANTERIOR | PUESTO PROPUESTO | IMPORTE NETO INCREMENTADO | INGRESO NETO MENSUAL PROPUESTO | OBSERVACIONES |
|--------------|--------|-----------------|-------------------------------|------------------|---------------------------|--------------------------------|---------------|
|              |        |                 |                               |                  |                           |                                |               |
|              |        |                 |                               |                  |                           |                                |               |
|              |        |                 |                               |                  |                           |                                |               |
|              |        |                 |                               |                  |                           |                                |               |
|              |        |                 |                               |                  |                           |                                |               |
|              |        |                 |                               |                  |                           |                                |               |
|              |        |                 |                               |                  |                           |                                |               |
|              |        |                 |                               |                  |                           |                                |               |
|              |        |                 |                               |                  |                           |                                |               |
|              |        |                 |                               |                  |                           |                                |               |
|              |        |                 |                               |                  |                           |                                |               |
|              |        |                 |                               |                  |                           |                                |               |
|              |        |                 |                               |                  |                           |                                |               |
|              |        |                 |                               |                  |                           |                                |               |
|              |        |                 |                               |                  |                           |                                |               |
|              |        |                 |                               |                  |                           |                                |               |
| <b>TOTAL</b> |        |                 | 0.00                          |                  | 0.00                      | 0.00                           | 0.00          |

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR, SUBDIRECTOR (A) O JEFE (A) ADMINISTRATIVO (A)

## Manual de Recursos Humanos

### **Formato No. 20** **Instructivo de llenado del Resumen de Incrementos**

| <b>Donde dice:</b>                | <b>Deberá decir:</b>   |
|-----------------------------------|--|
| 1. Encabezado                     | Nombre del Organismo Público Descentralizado                           |
| 2. Quincena y/o mes               | Especificar la quincena o en su caso el mes que se reporta             |
| 3. No.                            | Número consecutivo   |
| 4. Nombre                         | Nombre del empleado que se reporta                                     |
| 5. Puesto Anterior                | Puesto actual que ocupa el empleado que se reporta                     |
| 6. Ingreso Neto Mensual           | Total de percepciones mensuales actuales menos deducciones de ley      |
| 7. Puesto propuesto               | Especificar el puesto que se propone ocupará el empleado               |
| 8. Importe Neto Incrementado      | Importe neto a incrementar   |
| 9. Ingreso Neto Mensual Propuesto | Total de percepciones mensuales propuestas menos deducciones de ley    |
| 10. Observaciones                 | En su caso especificar el motivo que generó el incremento              |
| 11. Total                         | Suma de los importes que se reportan                                   |
| 12. Nombre y firma                | Especificar el nombre y la firma del Titular Administrativo u homologo |



## Manual de Recursos Humanos

```
<cfdi:Receptor Rfc="_____ " Nombre="_____ "
DomicilioFiscalReceptor="___" RegimenFiscalReceptor="605" UsoCFDI="CN01"/>
<cfdi:Conceptos>
<cfdi:Concepto ClaveProdServ="84111505" Cantidad="1" ClaveUnidad="ACT" De
scripcion="Pago de
nómina" ValorUnitario="5919.24" Importe="5919.24" Descuento="1000.25" Obj
etoImp="01"/>
</cfdi:Conceptos>
<cfdi:Complemento>
<nominal2:Nomina Version="1.2" TipoNomina="0" FechaPago="2023-08-
15" FechaInicialPago="2023-08-01" FechaFinalPago="2023-08-
15" NumDiasPagados="15.000" TotalPercepciones="5919.24" TotalDeducciones=
"1000.25" TotalOtrosPagos="0.00">
<nominal2:Emisor RegistroPatronal="F5437504360">
<nominal2:EntidadSNCF OrigenRecurso="IP"/>
</nominal2:Emisor>
<nominal2:Receptor Curp="_____ "
NumSeguridadSocial="_____ " FechaInicioRelLaboral="2010-03-
16" Antigüedad="P700W" TipoContrato="01" Sindicalizado="Sí" TipoJornada="
03" TipoRegimen="02" NumEmpleado="_____ "
Departamento="211110080010302152CCG291E" Puesto="OPADX902 - CATEGORÍA:
PROFESIONAL
K" RiesgoPuesto="1" PeriodicidadPago="04" Banco="072" CuentaBancaria="
" SalarioBaseCotApor="506.41" SalarioDiarioIntegrado="506.41" ClaveEntFed
="VER"/>
<nominal2:Percepciones TotalSueldos="5919.24" TotalGravado="5180.45" Tota
lExento="738.79">
<nominal2:Percepcion TipoPercepcion="001" Clave="11300001" Concepto="SUEL
DOS Y SALARIOS" ImporteGravado="4448.48" ImporteExento="0.00"/>
<nominal2:Percepcion TipoPercepcion="036" Clave="15400001" Concepto="AYUD
A PARA PASAJES" ImporteGravado="0.00" ImporteExento="225.00"/>
<nominal2:Percepcion TipoPercepcion="001" Clave="13100001" Concepto="QUIN
QUENIOS" ImporteGravado="35.00" ImporteExento="0.00"/>
<nominal2:Percepcion TipoPercepcion="038" Clave="15400004" Concepto="DESP
ENSA" ImporteGravado="0.00" ImporteExento="116.42"/>
<nominal2:Percepcion TipoPercepcion="038" Clave="15400005" Concepto="PREV
ISION SOCIAL MULTIPLE" ImporteGravado="0.00" ImporteExento="97.37"/>
<nominal2:Percepcion TipoPercepcion="001" Clave="15400023" Concepto="COMP
ENSACION TEMP COMPACTABLE" ImporteGravado="529.71" ImporteExento="0.00"/>
<nominal2:Percepcion TipoPercepcion="038" Clave="12300002" Concepto="AYUD
A POR SERVICIOS" ImporteGravado="167.26" ImporteExento="0.00"/>
<nominal2:Percepcion TipoPercepcion="038" Clave="15500002" Concepto="AYUD
A P CAPACIT Y DESARROLLO" ImporteGravado="0.00" ImporteExento="300.00"/>
</nominal2:Percepciones>
<nominal2:Deducciones TotalOtrasDeducciones="595.17" TotalImpuestosReteni
dos="405.08">
<nominal2:Deducccion TipoDeducccion="019" Clave="022" Concepto="SIND DE
TRAB AL SERV DEL PODER EJECUTIVO" Importe="44.48"/>
<nominal2:Deducccion TipoDeducccion="002" Clave="041" Concepto="ISR" Import
e="405.08"/>
<nominal2:Deducccion TipoDeducccion="003" Clave="044" Concepto="SEGURO DE
RETIRO" Importe="5.00"/>
<nominal2:Deducccion TipoDeducccion="001" Clave="061" Concepto="CUOTA DEL
IPE" Importe="533.82"/>
```



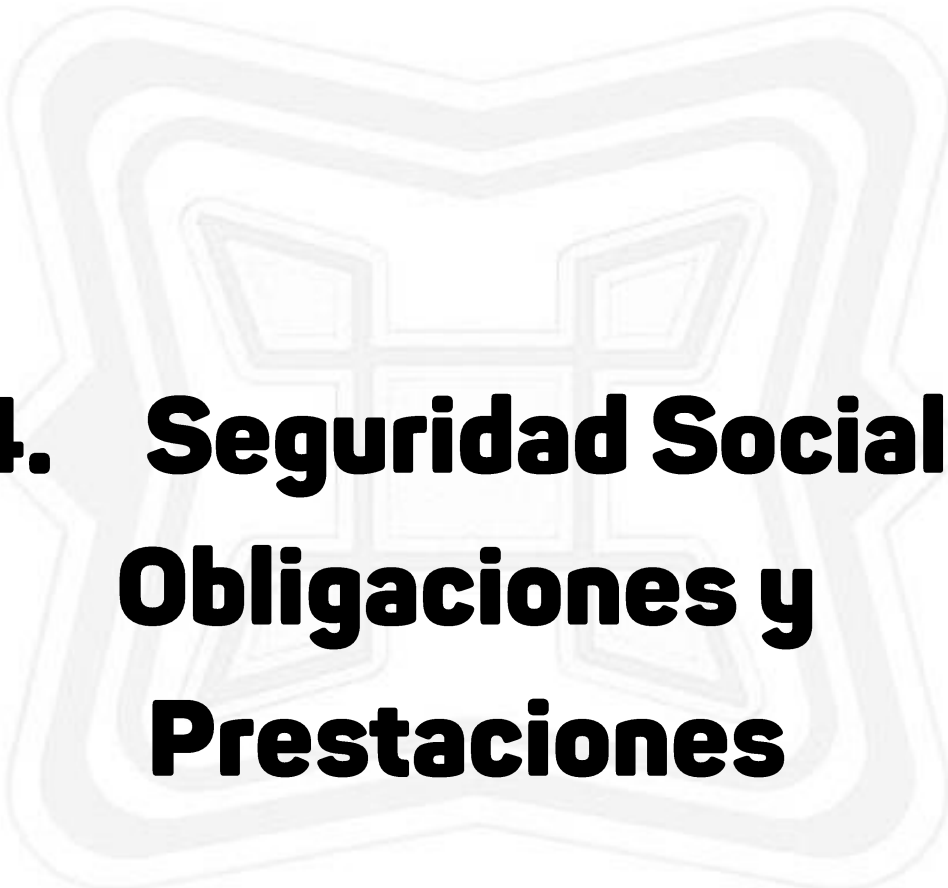
## Manual de Recursos Humanos

```
<nominal2:Deduccion TipoDeduccion="001" Clave="042" Concepto="CUOTA DEL
IMSS" Importe="11.87"/>
</nominal2:Deduciones>
<nominal2:OtrosPagos>
<nominal2:OtroPago TipoOtroPago="002" Clave="00001001" Concepto="SUBSIDIO
PARA EL EMPLEO" Importe="0.00">
<nominal2:SubsidioAlEmpleo SubsidioCausado="0.00"/>
</nominal2:OtroPago>
</nominal2:OtrosPagos>
</nominal2:Nomina>
<tfd:TimbreFiscalDigital xmlns:tfd="http://www.sat.gob.mx/TimbreFiscalDig
ital" xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-
instance" xsi:schemaLocation="http://www.sat.gob.mx/TimbreFiscalDigital
http://www.sat.gob.mx/sitio_internet/cfd/TimbreFiscalDigital/TimbreFiscal
Digitalv11.xsd" Version="1.1" UUID="a14efb20-8924-4ac7-b07c-
c82650e70c47" FechaTimbrado="2023-09-
01T11:36:58" RfcProvCertif="LS01306189R5" SelloCFD="p+ABLhqhkEVBwzDEDm+LW
M/4f8yrNTKGZPRDnc8Dlb5yRH6B/aEpayTCvMWNJDaV0Cw0wkvTElgvX+NRzbgYJ4jWuff9fD
Z20BrFSWnzQxMZKDj9ZZ1iW7FLlMY/J/lhPxUVuv8WCyqUZ3PMqlmxnNI1N0QGJNRLQHARIZP
Vrj0Fa2H0ETpjsxSwo6V9kc0TRo+t5n9ORr+LVcaTOOjr7JK2wKkyBMXa28SuZrSQ3wctR+uf1
JpTGTS9AWRX728tbVCTRPsfBbxmoXG/dvrfzpvIvAIiVIp9j3Lbpixn6bJ28YGGRKA1hUAvs
AifUVUWOkWpI5f1DuMWUfmLMB6a9A==" NoCertificadoSAT="00001000000509846663"
SelloSAT="d8FKWp6oyKUY3Rcg9msK4smyZugjiYhj1S2dekZfYAvGQ1rGZ53jupOMy+Fw0C1
fNnljGVGI2kJmygIhxS3nT35Vwm9tHsh/jgr+EIcOG7wjJCCMomtArwn/z6gGS4TIOY4cjOVR
FywHMDQmFjdZ3YBQm737XZ6ABsc5sWpaqVD4eg263svTYwRE66eApIUbw5NqVo4CLTUZuuBrt
/glmLXsmt0KovP5uhc+mWBOKwQrzVkzftN5o9QG6HmnWaTZ5EyAdusuM51XW7+riPvC8+5uV7
36VW152mABsXI8WCTMlh+9DA7A6H1b4sY3FWWxRklgxi6r5kukUxKmI+UKcg==" />
</cfdi:Complemento>
</cfdi:Comprobante>
```

# Manual de Recursos Humanos

## Representación No. 2 Modelo de CFDI en Pdf

|  |  |                             |                        |                          |                           | Folio Fiscal                  |                      |                                   |  |                    |  |                          |  |                       |  |  |        |  |  |                       |                           |  |                             |  |          |  |  |          |               |                      |              |              |                   |  |                      |            |              |        |              |                    |  |       |                 |               |               |                          |                         |  |          |        |             |           |                |         |  |                  |  |       |          |         |  |  |
|--|--|-----------------------------|------------------------|--------------------------|---------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------------------------|--|--------------------|--|--------------------------|--|-----------------------|--|--|--------|--|--|-----------------------|---------------------------|--|-----------------------------|--|----------|--|--|----------|---------------|----------------------|--------------|--------------|-------------------|--|----------------------|------------|--------------|--------|--------------|--------------------|--|-------|-----------------|---------------|---------------|--------------------------|-------------------------|--|----------|--------|-------------|-----------|----------------|---------|--|------------------|--|-------|----------|---------|--|--|
|  |  |                             |                        |                          |                           | Serie Folio                   |                      |                                   |  |                    |  |                          |  |                       |  |  |        |  |  |                       |                           |  |                             |  |          |  |  |          |               |                      |              |              |                   |  |                      |            |              |        |              |                    |  |       |                 |               |               |                          |                         |  |          |        |             |           |                |         |  |                  |  |       |          |         |  |  |
|  |  |                             |                        |                          |                           | Fecha y Hora de Emisión       |                      |                                   |  |                    |  |                          |  |                       |  |  |        |  |  |                       |                           |  |                             |  |          |  |  |          |               |                      |              |              |                   |  |                      |            |              |        |              |                    |  |       |                 |               |               |                          |                         |  |          |        |             |           |                |         |  |                  |  |       |          |         |  |  |
|  |  |                             |                        |                          |                           | Fecha y Hora de Certificación |                      |                                   |  |                    |  |                          |  |                       |  |  |        |  |  |                       |                           |  |                             |  |          |  |  |          |               |                      |              |              |                   |  |                      |            |              |        |              |                    |  |       |                 |               |               |                          |                         |  |          |        |             |           |                |         |  |                  |  |       |          |         |  |  |
| Régimen Fiscal   |  | Lugar de Expedición         |                        |                          | No. de Certificado Emisor |                               |                      |                                   |  |                    |  |                          |  |                       |  |  |        |  |  |                       |                           |  |                             |  |          |  |  |          |               |                      |              |              |                   |  |                      |            |              |        |              |                    |  |       |                 |               |               |                          |                         |  |          |        |             |           |                |         |  |                  |  |       |          |         |  |  |
| <table border="1"> <tr> <th colspan="7">Datos del Trabajador</th> </tr> <tr> <td colspan="3">Nombre del Trabajador</td> <td colspan="2">R.F.C.</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Régimen Fiscal Trabajador</td> <td colspan="2">Domicilio Fiscal Trabajador</td> <td colspan="3">Uso CFDI</td> </tr> <tr> <td>C.U.R.P.</td> <td>Tipo Contrato</td> <td>Civ. Ent. Federativa</td> <td>No. Empleado</td> <td>Tipo Régimen</td> <td colspan="2">Periodicidad Pago</td> </tr> <tr> <td>No. Seguridad Social</td> <td>Antigüedad</td> <td>Departamento</td> <td>Puesto</td> <td>Tipo Jornada</td> <td colspan="2">Fecha Ref. Laboral</td> </tr> <tr> <td>Banco</td> <td>Cuenta Bancaria</td> <td>Riesgo Puesto</td> <td>Sindicalizado</td> <td>Salario Diario Integrado</td> <td colspan="2">Salario Diario Cotizado</td> </tr> <tr> <td>Cantidad</td> <td>Unidad</td> <td>Descripción</td> <td>ObjetoImp</td> <td>Valor Unitario</td> <td colspan="2">Importe</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Tipo Deducciones</td> <td>Clave</td> <td>Concepto</td> <td colspan="3">Importe</td> </tr> </table> |  |                             |                        |                          |                           |                               | Datos del Trabajador |                                   |  |                    |  |                          |  | Nombre del Trabajador |  |  | R.F.C. |  |  |                       | Régimen Fiscal Trabajador |  | Domicilio Fiscal Trabajador |  | Uso CFDI |  |  | C.U.R.P. | Tipo Contrato | Civ. Ent. Federativa | No. Empleado | Tipo Régimen | Periodicidad Pago |  | No. Seguridad Social | Antigüedad | Departamento | Puesto | Tipo Jornada | Fecha Ref. Laboral |  | Banco | Cuenta Bancaria | Riesgo Puesto | Sindicalizado | Salario Diario Integrado | Salario Diario Cotizado |  | Cantidad | Unidad | Descripción | ObjetoImp | Valor Unitario | Importe |  | Tipo Deducciones |  | Clave | Concepto | Importe |  |  |
| Datos del Trabajador   |  |                             |                        |                          |                           |                               |                      |                                   |  |                    |  |                          |  |                       |  |  |        |  |  |                       |                           |  |                             |  |          |  |  |          |               |                      |              |              |                   |  |                      |            |              |        |              |                    |  |       |                 |               |               |                          |                         |  |          |        |             |           |                |         |  |                  |  |       |          |         |  |  |
| Nombre del Trabajador  |  |                             | R.F.C.                 |                          |                           |                               |                      |                                   |  |                    |  |                          |  |                       |  |  |        |  |  |                       |                           |  |                             |  |          |  |  |          |               |                      |              |              |                   |  |                      |            |              |        |              |                    |  |       |                 |               |               |                          |                         |  |          |        |             |           |                |         |  |                  |  |       |          |         |  |  |
| Régimen Fiscal Trabajador  |  | Domicilio Fiscal Trabajador |                        | Uso CFDI                 |                           |                               |                      |                                   |  |                    |  |                          |  |                       |  |  |        |  |  |                       |                           |  |                             |  |          |  |  |          |               |                      |              |              |                   |  |                      |            |              |        |              |                    |  |       |                 |               |               |                          |                         |  |          |        |             |           |                |         |  |                  |  |       |          |         |  |  |
| C.U.R.P.   | Tipo Contrato  | Civ. Ent. Federativa        | No. Empleado           | Tipo Régimen             | Periodicidad Pago         |                               |                      |                                   |  |                    |  |                          |  |                       |  |  |        |  |  |                       |                           |  |                             |  |          |  |  |          |               |                      |              |              |                   |  |                      |            |              |        |              |                    |  |       |                 |               |               |                          |                         |  |          |        |             |           |                |         |  |                  |  |       |          |         |  |  |
| No. Seguridad Social   | Antigüedad   | Departamento                | Puesto                 | Tipo Jornada             | Fecha Ref. Laboral        |                               |                      |                                   |  |                    |  |                          |  |                       |  |  |        |  |  |                       |                           |  |                             |  |          |  |  |          |               |                      |              |              |                   |  |                      |            |              |        |              |                    |  |       |                 |               |               |                          |                         |  |          |        |             |           |                |         |  |                  |  |       |          |         |  |  |
| Banco  | Cuenta Bancaria  | Riesgo Puesto               | Sindicalizado          | Salario Diario Integrado | Salario Diario Cotizado   |                               |                      |                                   |  |                    |  |                          |  |                       |  |  |        |  |  |                       |                           |  |                             |  |          |  |  |          |               |                      |              |              |                   |  |                      |            |              |        |              |                    |  |       |                 |               |               |                          |                         |  |          |        |             |           |                |         |  |                  |  |       |          |         |  |  |
| Cantidad   | Unidad   | Descripción                 | ObjetoImp              | Valor Unitario           | Importe                   |                               |                      |                                   |  |                    |  |                          |  |                       |  |  |        |  |  |                       |                           |  |                             |  |          |  |  |          |               |                      |              |              |                   |  |                      |            |              |        |              |                    |  |       |                 |               |               |                          |                         |  |          |        |             |           |                |         |  |                  |  |       |          |         |  |  |
| Tipo Deducciones   |  | Clave                       | Concepto               | Importe                  |                           |                               |                      |                                   |  |                    |  |                          |  |                       |  |  |        |  |  |                       |                           |  |                             |  |          |  |  |          |               |                      |              |              |                   |  |                      |            |              |        |              |                    |  |       |                 |               |               |                          |                         |  |          |        |             |           |                |         |  |                  |  |       |          |         |  |  |
| <b>Total Impuestos retenidos:</b>  |  |                             |                        |                          |                           |                               |                      |                                   |  |                    |  |                          |  |                       |  |  |        |  |  |                       |                           |  |                             |  |          |  |  |          |               |                      |              |              |                   |  |                      |            |              |        |              |                    |  |       |                 |               |               |                          |                         |  |          |        |             |           |                |         |  |                  |  |       |          |         |  |  |
| Tipo Otro Pago   |  | Clave                       | Concepto               | Importe                  | Días Incapacidad          | Tipo Incapacidad              |                      |                                   |  |                    |  |                          |  |                       |  |  |        |  |  |                       |                           |  |                             |  |          |  |  |          |               |                      |              |              |                   |  |                      |            |              |        |              |                    |  |       |                 |               |               |                          |                         |  |          |        |             |           |                |         |  |                  |  |       |          |         |  |  |
|  |  |                             |                        |                          | Importe Monetario         |                               |                      |                                   |  |                    |  |                          |  |                       |  |  |        |  |  |                       |                           |  |                             |  |          |  |  |          |               |                      |              |              |                   |  |                      |            |              |        |              |                    |  |       |                 |               |               |                          |                         |  |          |        |             |           |                |         |  |                  |  |       |          |         |  |  |
| Total Pagado   |  | Num Años Servicio           | Ultimo Sueldo Mese Ord | Ingreso Acumulable       | IngresoNoAcumulable       |                               |                      |                                   |  |                    |  |                          |  |                       |  |  |        |  |  |                       |                           |  |                             |  |          |  |  |          |               |                      |              |              |                   |  |                      |            |              |        |              |                    |  |       |                 |               |               |                          |                         |  |          |        |             |           |                |         |  |                  |  |       |          |         |  |  |
| <b>Importe con Letras:</b>   |  |                             |                        |                          | Subtotal                  |                               |                      |                                   |  |                    |  |                          |  |                       |  |  |        |  |  |                       |                           |  |                             |  |          |  |  |          |               |                      |              |              |                   |  |                      |            |              |        |              |                    |  |       |                 |               |               |                          |                         |  |          |        |             |           |                |         |  |                  |  |       |          |         |  |  |
|  |  |                             |                        |                          | Descuento                 |                               |                      |                                   |  |                    |  |                          |  |                       |  |  |        |  |  |                       |                           |  |                             |  |          |  |  |          |               |                      |              |              |                   |  |                      |            |              |        |              |                    |  |       |                 |               |               |                          |                         |  |          |        |             |           |                |         |  |                  |  |       |          |         |  |  |
|  |  |                             |                        |                          | Total                     |                               |                      |                                   |  |                    |  |                          |  |                       |  |  |        |  |  |                       |                           |  |                             |  |          |  |  |          |               |                      |              |              |                   |  |                      |            |              |        |              |                    |  |       |                 |               |               |                          |                         |  |          |        |             |           |                |         |  |                  |  |       |          |         |  |  |
| Nómina   | Tipo Nómina  | Fecha Pago                  | Fecha Inicial Pago     | Fecha Final Pago         | No. Días Pagados.         |                               |                      |                                   |  |                    |  |                          |  |                       |  |  |        |  |  |                       |                           |  |                             |  |          |  |  |          |               |                      |              |              |                   |  |                      |            |              |        |              |                    |  |       |                 |               |               |                          |                         |  |          |        |             |           |                |         |  |                  |  |       |          |         |  |  |
| Moneda   | Tipo Cambio  | Tipo de Comprobante         | Método de Pago         | Forma de Pago            | Exportación               |                               |                      |                                   |  |                    |  |                          |  |                       |  |  |        |  |  |                       |                           |  |                             |  |          |  |  |          |               |                      |              |              |                   |  |                      |            |              |        |              |                    |  |       |                 |               |               |                          |                         |  |          |        |             |           |                |         |  |                  |  |       |          |         |  |  |
| <table border="1"> <tr> <td rowspan="3"></td> <td>No. de Serie Certificado del BAT:</td> <td></td> <td>Verificación CFDI:</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Bello Digital del Emisor</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Cadena Original del Complemento de Certificación Digital del BAT</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Bello Digital del BAT</td> </tr> </table>  |  |                             |                        |                          |                           |                               |                      | No. de Serie Certificado del BAT: |  | Verificación CFDI: |  | Bello Digital del Emisor |  |                       |  | Cadena Original del Complemento de Certificación Digital del BAT |        |  |  | Bello Digital del BAT |                           |  |                             |  |          |  |  |          |               |                      |              |              |                   |  |                      |            |              |        |              |                    |  |       |                 |               |               |                          |                         |  |          |        |             |           |                |         |  |                  |  |       |          |         |  |  |
|  | No. de Serie Certificado del BAT:                                |                             | Verificación CFDI:     |                          |                           |                               |                      |                                   |  |                    |  |                          |  |                       |  |  |        |  |  |                       |                           |  |                             |  |          |  |  |          |               |                      |              |              |                   |  |                      |            |              |        |              |                    |  |       |                 |               |               |                          |                         |  |          |        |             |           |                |         |  |                  |  |       |          |         |  |  |
|  | Bello Digital del Emisor   |                             |                        |                          |                           |                               |                      |                                   |  |                    |  |                          |  |                       |  |  |        |  |  |                       |                           |  |                             |  |          |  |  |          |               |                      |              |              |                   |  |                      |            |              |        |              |                    |  |       |                 |               |               |                          |                         |  |          |        |             |           |                |         |  |                  |  |       |          |         |  |  |
|  | Cadena Original del Complemento de Certificación Digital del BAT |                             |                        |                          |                           |                               |                      |                                   |  |                    |  |                          |  |                       |  |  |        |  |  |                       |                           |  |                             |  |          |  |  |          |               |                      |              |              |                   |  |                      |            |              |        |              |                    |  |       |                 |               |               |                          |                         |  |          |        |             |           |                |         |  |                  |  |       |          |         |  |  |
| Bello Digital del BAT  |  |                             |                        |                          |                           |                               |                      |                                   |  |                    |  |                          |  |                       |  |  |        |  |  |                       |                           |  |                             |  |          |  |  |          |               |                      |              |              |                   |  |                      |            |              |        |              |                    |  |       |                 |               |               |                          |                         |  |          |        |             |           |                |         |  |                  |  |       |          |         |  |  |
| Información Adicional  |  |                             |                        |                          |                           |                               |                      |                                   |  |                    |  |                          |  |                       |  |  |        |  |  |                       |                           |  |                             |  |          |  |  |          |               |                      |              |              |                   |  |                      |            |              |        |              |                    |  |       |                 |               |               |                          |                         |  |          |        |             |           |                |         |  |                  |  |       |          |         |  |  |
|  |  |                             |                        |                          |                           |                               |                      |                                   |  |                    |  |                          |  |                       |  |  |        |  |  |                       |                           |  |                             |  |          |  |  |          |               |                      |              |              |                   |  |                      |            |              |        |              |                    |  |       |                 |               |               |                          |                         |  |          |        |             |           |                |         |  |                  |  |       |          |         |  |  |



# **4. Seguridad Social: Obligaciones y Prestaciones**

### 4. Seguridad Social: Obligaciones y Prestaciones

La seguridad social tiene como finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado.

El esquema de Seguridad Social para los trabajadores al servicio del Gobierno del Estado de Veracruz, está sustentado en la Ley de Pensiones del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, y contempla las prestaciones de: jubilación, pensión por vejez, pensión por incapacidad, pensión de invalidez, pensión por causa de muerte, gastos de funeral, indemnización global y préstamos a corto y mediano plazo.

Para completar dichas prestaciones, el Gobierno del Estado tiene suscrito un Convenio con el Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.) para el otorgamiento de las prestaciones en especie del seguro de enfermedades y maternidad (Atención Médica).

El Instituto de Pensiones del Estado, es el encargado del otorgamiento de las pensiones a los trabajadores al servicio del Gobierno del Estado que coticen ante dicho Instituto.

La aplicación de dicho régimen se otorga únicamente a los trabajadores con plaza presupuestal (base), de conformidad con lo dispuesto en los artículos 3, 4 y 6 de la referida Ley, que excluye a los trabajadores: extraordinarios, eventuales, de contrato por tiempo fijo u obra determinada y en general todos aquellos que tengan una remuneración proporcional al trabajo desempeñado o a los resultados obtenidos.

No obstante lo anterior, la prestación relativa al Seguro de Enfermedades y Maternidad a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.), aplica a todos los trabajadores al servicio del Gobierno del Estado, independientemente de la relación laboral.

#### 4.1. Instituto de Pensiones del Estado

Con la entrada en vigor de la Ley No. 5 de Pensiones del Estado el quince de mayo de 1967, nace el Instituto de Pensiones del Estado como lo conocemos hoy en día, y se establece un esquema de pensiones y cotizaciones para los trabajadores al servicio del Gobierno del Estado de Veracruz.

Después, a partir de 1º de enero de 1997 entra en vigor la Ley No. 20 de Pensiones del Estado, misma que fue reformada el 26 de noviembre de 2007.

Posteriormente, el 21 de julio de 2014, entra en vigor la Ley No. 287 de Pensiones del Estado, dando lugar a una nueva generación de derechohabientes.

El régimen establecido en la Ley de Pensiones del Estado, salvo los casos previstos en la misma, es aplicable a los Trabajadores al Servicio del Gobierno del Estado de Veracruz, que ostenten plaza de base con carácter definitivo.

## Manual de Recursos Humanos

### 1. Altas.

Al momento de que al trabajador le es asignada una plaza de base con nombramiento definitivo en el Sistema Central de Recursos Humanos, automáticamente se genera en la nómina un atributo de retención por concepto de "Cuotas al Instituto de Pensiones del Estado". (Clave 61).

### 2. Afiliación.

Los trabajadores que ingresen al Régimen de Seguridad Social del Instituto de Pensiones del Estado, deberán gestionar ante dicho Instituto su "Solicitud de Afiliación y Expedición de Credencial IPE", cuyo formato de solicitud se encuentra disponible en la página del IPE [www.veracruz.gob.mx/ipe/](http://www.veracruz.gob.mx/ipe/)

### 3. Cuotas.

Las cuotas a cubrir al Instituto serán las que resulten de **aplicar a la base gravable**, los porcentajes que se detallan a continuación:

| TIPO DE TRABAJADORES   | CUOTA OBRERA     |            | APORTACIÓN PATRONAL |            |
|--|------------------|------------|---------------------|------------|
|  | AÑO              | PORCENTAJE | AÑO                 | PORCENTAJE |
| Trabajadores que ingresaron a partir del 01 de diciembre de 1996                       | 1996 en adelante | 11.00%     | 1996 en adelante    | 13.53%     |
|  | 2014             | 11.00%     | 2014                | 15.00%     |
| Trabajadores en transición Ingreso al servicio con anterioridad al 22 de julio de 2014 | 2015             | 11.50%     | 2015                | 16.00%     |
|  | 2016             | 12.00%     | 2016                | 17.00%     |
|  |                  |            | 2017                | 18.00%     |
|  |                  |            | 2018                | 19.00%     |
|  |                  |            | 2019 en adelante    | 20.00%     |
| Trabajadores de nuevo ingreso Ingreso al servicio a partir del 22 de julio de 2014     | 2014             | 12.00%     | 2019 en adelante    | 20.00%     |

### 4. Base gravable.

Se considera base gravable el importe mensual de las partidas: 11300001 (Sueldos y Salarios), 13100002 (Quinquenio Nueva Generación) así como la partida 11300002 (Sobresueldo Jerarquización Terciaria Policial), en el caso del personal adscrito a la Secretaría de Seguridad Pública con plaza de policía operativo.

### 5. Prestaciones.

Los trabajadores incorporados al Régimen de Seguridad Social del IPE, tendrán derecho a las prestaciones de: Jubilación; pensión de vejez (Se incluye la opción de pensión anticipada); pensión por incapacidad; pensión de invalidez; pensión por

## Manual de Recursos Humanos

causa de muerte; gastos de funeral; indemnización global, y préstamos a corto y a mediano plazo; en los términos establecidos por la propia Ley.

### a) Jubilación:

La jubilación dará derecho al pago de una cantidad equivalente al cien por ciento del sueldo regulador<sup>1</sup>; de acuerdo a lo previsto en el artículo 35 de la Ley, y su percepción comenzará a partir del día siguiente a aquel en que el trabajador hubiese disfrutado el último sueldo por haber causado baja.

Tienen derecho a la jubilación los trabajadores con 30 años o más de servicio e igual tiempo de cotización al Instituto, que hayan cumplido los años que a continuación se detalla:

| TRABAJADORES QUE INGRESARON                        | AÑOS DE SERVICIO | EDAD           |
|--|------------------|----------------|
| Antes del 31 de diciembre de 1996                  | 30               | Cualquier edad |
| Del 01 de enero de 1997 al 25 de noviembre de 2007 | 30               | 53             |
| Del 26 de noviembre de 2007 al 21 de julio de 2014 | 30               | 60             |
| Del 22 de julio de 2014 en adelante                | 30               | 65             |

### b) Pensión por Vejez y Pensión Anticipada:

Tienen derecho a pensión por vejez los trabajadores con quince años de servicio como mínimo e igual tiempo de cotización al Instituto, y la edad que a continuación se detalla:

| TRABAJADORES QUE INGRESARON                        | EDAD | AÑOS DE SERVICIO |
|--|------|------------------|
| Del 21 de julio de 2014 en adelante                | 65   | 15               |
| Del 26 de noviembre de 2007 al 21 de julio de 2014 | 60   | 15               |

<sup>1</sup> **Sueldo Regulador:** Es el promedio ponderado de los sueldos de cotización que tuvo el trabajador durante su vida laboral, previa actualización mediante el Índice Nacional de Precios al Consumidor.

## Manual de Recursos Humanos

El derecho al pago de la pensión por vejez comenzará a partir del día siguiente a aquel en que el trabajador haya percibido el último sueldo por causar baja, cuyo monto se determinará aplicando el porcentaje del sueldo regulador de acuerdo a la tabla siguiente:

| <b>AÑOS DE COTIZACIÓN</b> | <b>PORCENTAJE APLICABLE</b> |
|---------------------------|-----------------------------|
| 15                        | 50.0%                       |
| 16                        | 52.5%                       |
| 17                        | 55.0%                       |
| 18                        | 57.5%                       |
| 19                        | 60.0%                       |
| 20                        | 62.5%                       |
| 21                        | 65.0%                       |
| 22                        | 67.5%                       |
| 23                        | 70.0%                       |
| 24                        | 72.5%                       |
| 25                        | 75.0%                       |
| 26                        | 80.0%                       |
| 27                        | 85.0%                       |
| 28                        | 90.0%                       |
| 29                        | 95.0%                       |
| 30                        | 100.0%                      |

Los trabajadores que cumplan con quince años de servicio y sesenta años de edad, podrán optar por la pensión anticipada, el monto de la pensión será el que le correspondería en caso de pensión por jubilación o vejez, multiplicada por un factor del sueldo regulador y de acuerdo con la siguiente tabla:

| <b>EDAD</b> | <b>PORCENTAJE APLICABLE</b> |
|-------------|-----------------------------|
| 60          | 75%                         |
| 61          | 80%                         |
| 62          | 85%                         |
| 63          | 90%                         |
| 64          | 95%                         |

## Manual de Recursos Humanos

El derecho al pago de la pensión anticipada comenzará a partir del día siguiente a aquel en que el trabajador cause baja.

### **c) Pensión por incapacidad:**

La pensión por incapacidad se otorgará a los trabajadores que se inhabiliten física o mentalmente como consecuencia directa del servicio, sea cual fuere el tiempo que hayan cotizado al Instituto.

En este caso, la pensión será igual al 100% del sueldo regulador establecido, salvo los casos exceptuados por la propia Ley, y el derecho a percibirla comenzará a partir de la fecha en que el trabajador cause baja motivada por la incapacitación.

### **d) Pensión de Invalidez:**

Se otorgará pensión de invalidez a los trabajadores que se inhabiliten física o mentalmente por causas ajenas al desempeño de su cargo o empleo, si contribuyeron con sus cuotas cuando menos durante tres años continuos.

El derecho al pago de esta pensión comenzará a partir de la fecha en que el trabajador cause baja motivada por la inhabilitación.

Para calcular el monto de esta pensión, se aplicará al sueldo regulador, el porcentaje de la siguiente tabla:



## Manual de Recursos Humanos

| AÑOS DE COTIZACIÓN | PORCENTAJE APLICABLE |
|--------------------|----------------------|
| 3 a 15             | 50.0%                |
| 16                 | 52.5%                |
| 17                 | 55.0%                |
| 18                 | 57.5%                |
| 19                 | 60.0%                |
| 20                 | 62.5%                |
| 21                 | 65.0%                |
| 22                 | 67.5%                |
| 23                 | 70.0%                |
| 24                 | 72.5%                |
| 25                 | 75.0%                |
| 26                 | 80.0%                |
| 27                 | 85.0%                |
| 28                 | 90.0%                |
| 29                 | 95.0%                |
| 30 o más           | 100.0%               |

### e) Pensión por causa de muerte:

Quando un trabajador fallezca a consecuencia directa del cumplimiento del servicio, los familiares derechohabientes, gozarán por un año de una pensión íntegra, equivalente al cien por ciento del sueldo regulador. La pensión disminuirá en un diez por ciento en el segundo año y así sucesivamente en los subsecuentes hasta llegar a la mitad de la pensión original más los incrementos anuales correspondientes.

La muerte del trabajador por causas ajenas al trabajo, cualquiera que sea su edad, con tres años continuos de cotización al Instituto como mínimo, así como la de un pensionista por jubilación, jubilación anticipada, vejez, incapacidad o invalidez, dará origen a las pensiones de viudez y orfandad o pensiones a los ascendientes, en su caso, según lo previene la Ley.

El derecho al pago de esta prestación se iniciará a partir del día siguiente de la muerte de la persona que haya originado la pensión.

Quando el trabajador fallezca después de tres años de servicio, la pensión será equivalente, durante el primer año posterior al deceso, a la que le hubiera

## Manual de Recursos Humanos

correspondido de acuerdo a la tabla de la Pensión por Vejez. En los cinco años sucesivos se disminuirá en un 10% hasta reducirla al 50% del monto original.

### **f) Gastos de Funeral:**

Cuando fallezca un trabajador pensionado, el Instituto otorgará a sus deudos o a las personas que se hayan hecho cargo de la inhumación, el importe de los gastos realizados hasta por el equivalente de cuatro mensualidades de su pensión, como ayuda para gastos de funeral; a condición de que estos no excedan de seis veces el salario mínimo mensual de la zona económica en que el derechohabiente haya causado baja.

Los derechohabientes de un trabajador que fallezca en servicio activo, gozarán de una ayuda para gastos de funeral equivalente a un mes de salario mínimo mensual vigente en la zona económica donde prestaba sus servicios el trabajador.

### **g) Indemnización Global:**

El trabajador que se retire del trabajo sin derecho a pensión, o sus familiares derechohabientes podrán solicitar el monto total de las cuotas que realizó al instituto, lo anterior sin considerar los intereses que generaron dichas cuotas.

Si el trabajador decide hacer valida esta opción no podrá reintegrar la indemnización global al instituto y este quedará liberado de cualquier obligación en materia de pensiones.

### **h) Prestaciones otorgadas por el Instituto de Pensiones del Estado (IPE):**

Los préstamos a corto plazo domiciliado se harán a los trabajadores y pensionistas conforme a las siguientes reglas:

- A quienes hayan cubierto al Instituto las aportaciones a que se refiere en artículo 17 de la Ley, cuando menos por seis meses;
- Mediante garantía a satisfacción del Instituto por el total de la cantidad otorgada en préstamo;
- El importe de esta prestación para trabajadores con la siguiente antigüedad de cotización se determinará como sigue:

Más de 6 meses a 15 años 100 días de sueldo de cotización  
Más de 15 años a 20 años 110 días de sueldo de cotización  
Más de 20 años a 25 años 130 días de sueldo de cotización  
Más de 25 años a 30 años 150 días de sueldo de cotización  
Más de 30 años y jubilados 180 días de sueldo de cotización

Asimismo, los préstamos a mediano plazo domiciliado se harán a los trabajadores y pensionistas conforme a las siguientes reglas:

- A quienes hayan cubierto al Instituto las cuotas a que se refiere en el artículo 17 de la Ley, cuando menos por tres años.
- Mediante garantía a satisfacción del Instituto por el total de la cantidad otorgada en préstamo.

## Manual de Recursos Humanos

- El importe de esta prestación para trabajadores con la siguiente antigüedad de cotización se determinará como sigue:

De 3 a 15 años, hasta 200 días de sueldo de cotización  
Más de 15 a 20 años, hasta 220 días de sueldo de cotización  
Más de 20 a 25 años, hasta 260 días de sueldo de cotización  
Más de 25 a 30 años, hasta 300 días de sueldo de cotización  
Más de 30 años y pensionistas: hasta 360 días de sueldo de cotización o pensión.

**Nota:** Todos los trámites para la obtención de las prestaciones que otorga el Instituto de Pensiones del Estado de Veracruz, deberán gestionarse directamente ante dicho Instituto, y su otorgamiento estará sujeto al cumplimiento de todos y cada uno de los requisitos y supuestos previstos en la propia Ley.

### 6. Retención y Entero de Cuotas:

#### a) Cuota empleado:

Las cuotas que deben aportar los empleados al Instituto de Pensiones del Estado se determinan de acuerdo a los porcentajes previstos en la Ley y se retienen de manera quincenal al momento de pagar la nómina, a través de la Clave 61 "Cuotas al Instituto de Pensiones del Estado".

#### b) Cuota patronal:

La cuota patronal se determina de igual manera que la cuota del trabajador, aplicando el porcentaje correspondiente al sueldo tabular, y se afecta a través de la partida 00001061.

Dichos Importes son informados a la Tesorería para que ésta realice el pago correspondiente, así como al Instituto de Pensiones del Estado.

### 7. Afectación presupuestal:

La Subdirección de Recursos Humanos de la Secretaría de Finanzas y Planeación, a través del Departamento de Nómina y Control de Plazas, determinará el importe de las cuotas patronales e informará el importe debidamente detallado mediante correo electrónico a cada una de las Dependencias, para que éstas a su vez, realicen el registro contable y presupuestal correspondiente en la partida 00001061.

## 4.2 Seguro Social

El Gobierno del Estado tiene suscrito con el Instituto Mexicano del Seguro Social el Convenio para la Incorporación Voluntaria al Régimen Obligatorio del Seguro Social de los servidores públicos al servicio del Estado, exclusivamente para las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad.

Tienen derecho a recibir el seguro social, los servidores públicos que presten sus servicios al Poder Ejecutivo del Estado.

## Manual de Recursos Humanos

Todas las Dependencias centralizadas, capturarán oportunamente en el Sistema Central de Recursos Humanos, los movimientos de personal que se realicen, como se detalla a continuación:

### **1. Altas:**

- a) Posterior a la captura en el Sistema Central de Recursos Humanos, las Dependencias enviarán un correo electrónico a la cuenta [seguridad\\_social@veracruz.gob.mx](mailto:seguridad_social@veracruz.gob.mx), adjuntando al correo en archivo .pdf el oficio de solicitud de alta de personal, Cédula Precensal (**Véase formato No. 36**), comprobante de número de seguridad social, para que el Departamento de Seguridad Social de la Subdirección de Recursos Humanos de la SEFIPLAN, presente el aviso de ingreso ante el I.M.S.S. vía Internet, a través del programa "EL IMSS DESDE SU EMPRESA" (IDSE).
- b) En un lapso no mayor a tres días hábiles, el I.M.S.S. devolverá al Departamento de Seguridad Social la confirmación del alta del servidor público, y éste a su vez enviará el comprobante de alta de los trabajadores afiliados a las Dependencias a través de correo electrónico.
- c) Una vez inscritos ante el I.M.S.S., y con el número de seguridad, el servidor público se dirigirá al archivo de la clínica que le corresponda, donde le elaborarán su carnet de citas y le indicarán los requisitos que debe reunir para el aseguramiento de sus dependientes económicos (cónyuge, padres y/o hijos).

### **2. Modificaciones de salario:**

- a) Cuando se presente algún cambio en las percepciones del servidor público que incrementen o disminuyan sus ingresos totales, las Dependencias notificarán al correo electrónico [seguridad\\_social@veracruz.gob.mx](mailto:seguridad_social@veracruz.gob.mx), adjuntando el "formato de modificación de salario" el cual servirá de base para que el Departamento de Seguridad Social de la Subdirección de Recursos Humanos de la SEFIPLAN, presente el aviso de modificación salarial ante el I.M.S.S. vía Internet, a través del programa "EL IMSS DESDE SU EMPRESA" (IDSE). (**Véase formato No. 37**)

### **3. Bajas:**

- a) Cuando se registren bajas de personal en el Sistema Central de Recursos Humanos, las Dependencias notificarán al correo electrónico [seguridad\\_social@veracruz.gob.mx](mailto:seguridad_social@veracruz.gob.mx), el o los nombres, número de seguridad social y las fechas de las bajas, para que el Departamento de Seguridad Social de la Subdirección de Recursos Humanos de la SEFIPLAN, presente el aviso de baja ante el I.M.S.S. vía Internet, a través del programa "EL IMSS DESDE SU EMPRESA" (IDSE).
- b) En un lapso no mayor a tres días hábiles, el I.M.S.S. devolverá al Departamento de Seguridad Social, la confirmación de la baja del servidor público, y éste a su vez enviará a las Dependencias a través de correo electrónico el comprobante de dicha baja.

### **4. Cambios de Clínica:**

- a) Cuando el servidor público cambie de domicilio tendrá que solicitar el cambio de clínica ingresando al portal del IMSS (IMSS digital), para lo cual deberá tener a la mano:
  - Clave Única de Registro de Población
  - Código Postal
  - Correo electrónico válido, mismo que será asociado a la CURP del servidor público.
- b) El servidor público seguirá el trámite señalado en el portal del IMSS a través de la página [www.imss.gob.mx/imssdigital](http://www.imss.gob.mx/imssdigital)

### **5. Riesgos de Trabajo:**

- a) Cuando en el trayecto a su centro de trabajo, en el ejercicio de sus funciones o en el trayecto a su domicilio, el servidor público sufra algún accidente, tendrá que acudir de inmediato a la clínica del I.M.S.S. que le corresponda o a la clínica más cercana, para que reciba atención médica.
- b) Una vez que reciba la atención médica necesaria, le expedirán un diagnóstico y le entregarán el Formato ST-7 "Aviso para calificar probable riesgo de trabajo", el cual entregará en su Dependencia. **(Véase formato No. 21)**
- c) La Dependencia informará mediante oficio a la Subdirección de Recursos Humanos de la Secretaría de Finanzas y Planeación, anexando el Formato ST-7, para calificar el "probable riesgo de trabajo". **(Véase formato No. 22)**
- d) La Subdirección de Recursos Humanos de la Secretaría de Finanzas y Planeación, a través del Departamento de Seguridad Social llenará dicho formato y lo enviará a la Dependencia para que sea entregado al I.M.S.S. para los efectos procedentes.

### **6. Perfil de Puesto:**

- a) Cuando el servidor público a consecuencia de un riesgo de trabajo, no pueda seguir desempeñando sus funciones, el I.M.S.S. evaluará el estado de salud del trabajador y le entregará el formato de "Perfil de Puesto", el cual deberá entregar en su Dependencia. **(Véase formato No. 23)**
- b) La Dependencia informará mediante oficio a la Subdirección de Recursos Humanos de la Secretaría de Finanzas y Planeación, anexando el formato "Perfil de Puesto", así como un reporte de las actividades diarias que desempeña el trabajador, de acuerdo a los puntos que en el formato se describen.
- c) La Subdirección de Recursos Humanos de la Secretaría de Finanzas y Planeación, a través del Departamento de Seguridad Social, llenará dicho formato y lo enviará a la Dependencia para que sea entregado al I.M.S.S. y este a su vez determinará lo procedente.

### 7. Cuotas al I.M.S.S.

a) Sujetos:

Están obligados al pago de cuotas obreras al Instituto Mexicano del Seguro Social todos los trabajadores al servicio de las Dependencias del Poder Ejecutivo del Estado, siempre y cuando el importe total de sus percepciones acumulables, sea superior a tres unidades de medida y actualización (UMAS).

b) Base gravable:

La base para el cálculo de las cuotas al Instituto Mexicano del Seguro Social son las remuneraciones que percibe el trabajador con motivo de la relación laboral. A continuación se presenta una clasificación de las percepciones que se incluyen en la nómina para determinar la base de cálculo, de acuerdo a lo establecido en el Marco Normativo de Percepciones y Deducciones.

| PARTIDA  | CONCEPTO  |
|----------|---|
| 11300001 | Sueldos y Salarios  |
| 12200001 | Sueldos al Personal Eventual  |
| 12200003 | Sueldos al Empleado Temporal Administrativo (ETA)                           |
| 11300002 | Sobresueldo Jerarquización Terciaria Policial                               |
| 15400001 | Ayuda para Pasajes  |
| 15400005 | Previsión Social Múltiple   |
| 12300002 | Ayuda por Servicios   |
| 15500002 | Ayuda para Capacitación y Desarrollo  |
| 13300001 | Compensación por Servicios de Turno Vespertino                              |
| 17100001 | Estímulo por Antigüedad   |
| 13400003 | Participaciones al Personal   |
| 13100001 | Quinquenios   |
| 13100002 | Quinquenios Nueva Generación  |
| 15400007 | Pago de Días Económicos No Disfrutados                                      |
| 15400026 | Previsión Social para Policías  |
| 15400029 | Ayuda de Previsión Social por Riesgo de Seguridad Pública                   |
| 15400030 | Gratificación Extraordinaria  |
| 15400032 | Compensación por Servicios Especiales                                       |
| 17100010 | Estímulo al Destacado Desempeño   |
| 17100008 | Estímulo por Productividad  |
| 15400023 | Compensación Temporal Compactable   |
| 13200003 | Prima Vacacional  |
| 13200004 | Apoyo para Estrategia e Imagen de Previsión Social (Bono Anual de Despensa) |
| 13200005 | Canasta Navideña  |
| 17100006 | Estímulo a Servidores Públicos  |
| 15400014 | Ayuda para la Adquisición de Útiles Escolares                               |
| 15400017 | Pago del Día de las Madres  |
| 15400017 | Pago del Día del Padre  |
| 13400007 | Compensación Administrativa   |
| 15400025 | Asignación por Actividades Culturales                                       |
| 13200002 | Gratificación Anual   |
| 15400031 | Gratificación   |

### 8. Retención y Entero de Cuotas:

#### a) Cuota empleado:

Las cuotas que deben aportar los empleados al Instituto Mexicano del Seguro Social se determinan de acuerdo a los porcentajes previstos en la Ley y se retienen de manera quincenal al momento de pagar la nómina, a través de la Clave 42 "Cuotas al I.M.S.S." considerando el Salario Diario Integrado.

#### Ejemplo de cálculo de Salario Diario Integrado.

| Ejemplo de cálculo del Salario Diario Integrado     |  |               |             |            |              |                  |
|---|--|---------------|-------------|------------|--------------|------------------|
| CATEGORIA: JEFE N                                   |  |               |             |            |              |                  |
| Partida   | Concepto   | Forma de Pago | Importe     | Aplicación | Importe      | Importe Diario   |
| 11300001  | Sueldos y Salarios                                   | Quincenal     | \$ 6,422.00 | Mensual/30 | \$ 12,844.00 | \$ 428.13        |
| 11300002  | Sobresueldo Jerarquización Terciaria <b>Policial</b> | Quincenal     | -           | Mensual/30 | -            | -                |
| 13300001  | Compensación por Servicios de Turno Vespertino       | Quincenal     | -           | Mensual/30 | -            | -                |
| 15400001  | Ayuda para pasajes                                   | Quincenal     | 250.00      | Mensual/30 | 500.00       | 16.67            |
| 13100001  | Quinquenios  | Quincenal     | 41.00       | Mensual/30 | 82.00        | 2.73             |
| 13100002  | Quinquenios Nueva Generación                         | Quincenal     | 41.00       | Mensual/30 | 82.00        | 2.73             |
| 15400005  | Previsión social múltiple                            | Quincenal     | 97.37       | Mensual/30 | 194.74       | 6.49             |
| 12300002  | Ayuda por servicios                                  | Quincenal     | 167.26      | Mensual/30 | 334.52       | 11.15            |
| 15500002  | Ayuda para capacitación y desarrollo                 | Quincenal     | 325.00      | Mensual/30 | 650.00       | 21.67            |
| 15400026  | Previsión Social para <b>Policias</b>                | Quincenal     | -           | Mensual/30 | -            | -                |
| 15400029  | Ayuda Prev. Soc. Riesgo <b>Seguridad Publica</b>     | Quincenal     | -           | Mensual/30 | -            | -                |
| 15400023  | Compensación Temporal Compactable                    | Quincenal     | 357.94      | Mensual/30 | 715.88       | 23.86            |
| 15400030  | Gratificación Extraordinaria                         | Quincenal     | 1,500.00    | Mensual/30 | 3,000.00     | 100.00           |
| 15400032  | Compensación Temporal por Servicio Especiales        | Quincenal     | -           | Mensual/30 | -            | -                |
| 17100010  | Estimulo al Destacado Desempeño                      | Quincenal     | -           | Mensual/30 | -            | -                |
| 13200004  | Apoyo para Estregia e Imagen de Previsión Social     | Anual         | 2,250.00    | /365       | 2,250.00     | 6.16             |
| 17100006  | Estímulo a Servidores Públicos (30 días)             | Anual         | 12,844.00   | /365       | 12,844.00    | 35.19            |
| 15400014  | Ayuda para la Adquisición de Útiles Escolares        | Anual         | 1,200.00    | /365       | 1,200.00     | 3.29             |
| 13400007  | Compensación Adva (35 días)                          | Anual         | 14,984.67   | /365       | 14,984.67    | 41.05            |
| 15400025  | Asignación por actividades culturales (5 días)       | Anual         | 2,140.67    | /365       | 2,140.67     | 5.86             |
| 13200002  | Gratificación anual (40 días)                        | Anual         | 17,125.33   | /365       | 17,125.33    | 46.92            |
| 15400031  | Gratificación (15 días)                              | Anual         | 6,422.00    | /365       | 6,422.00     | 17.59            |
| 13200003  | Prima vacacional (12 días)                           | Anual         | 5,137.60    | /365       | 5,137.60     | 14.08            |
| 13200005  | Canasta Navideña                                     | Anual         | 350.00      | /365       | 350.00       | 0.96             |
| 15400030  | Aguinaldo de la Gratificación Extraordinaria         | Anual         | 6,000.00    | /365       | 6,000.00     | 16.44            |
| <b>Total Salario Diario Integrado</b>               |  |               |             |            |              | <b>\$ 800.98</b> |
| ADICIONALMENTE SE ACUMULAN PARTIDAS VARIABLES:      |  |               |             |            |              |                  |
|   |  |               |             | BIMESTRAL  |              |                  |
| 17100001  | Estímulo por Antigüedad                              | TEMPORAL      | -           | /60        | -            | -                |
| 13400003  | Participaciones al Personal (INCEN)                  | MENSUAL       | -           | /60        | -            | -                |
| 15400007  | Pago de Días Económicos no disfrutados               | ANUAL         | -           | /60        | -            | -                |
| 15400017  | Pago del Día de las Madres                           | ANUAL         | -           | /60        | -            | -                |
| 15400017  | Pago del Día del Padre                               | ANUAL         | -           | /60        | -            | -                |
|   | RETROACTIVO  | ANUAL         | -           | /60        | -            | -                |
| <b>Total Salario Diario Integrado mas Variables</b> |  |               |             |            |              | <b>\$ 800.98</b> |

**Nota:** El salario base de cotización se integra con los pagos hechos en efectivo por cuota diaria, gratificaciones, percepciones, alimentación, habitación, primas, comisiones, prestaciones en especie y cualquiera otra cantidad o prestación que se entregue al trabajador por su trabajo, con excepción de los conceptos previstos en el artículo 27 de la Ley del IMSS.

## Manual de Recursos Humanos

### Ejemplo de cálculo de Cuotas Obrero-Patronales.

| EJEMPLO DE APORTACIÓN (CATEGORÍA JEFE N)                  |           |  |           |
|---|-----------|--|-----------|
| APORTACIÓN DEL TRABAJADOR                                 |           | APORTACIÓN PATRONAL  |           |
| Salario Diario integrado                                  | \$ 800.98 | Cuota fija por trabajador<br>(108.57x30.4) x 20.40%                              | \$ 673.31 |
| Salario gravable<br>(800.98-325.71)<br>(S.D.I.- 3 UMA 's) | \$ 475.27 | + Excedente del salario diario de<br>cotización<br>[( \$ 475.27 x 30.4) x 1.10%] | \$ 158.93 |
| Retención mensual<br>[( \$ 475.27 x 30.4)<br>x .40%]      | \$ 57.79  | = Total de Aportación Patronal<br>Mensual  | \$832.24  |

El Departamento Control de Plazas y Nóminas enviará quincenalmente al Departamento de Seguridad Social, la nómina de salarios diarios integrados de los trabajadores al servicio de las Dependencias del Gobierno del Estado, donde también incluirá la retención quincenal de la cuota obrera.

#### a) Cuota :

La cuota patronal se determina tomando en cuenta la Cédula de Determinación de Cuotas Obrero Patronales emitida por el IMSS, a través del siguiente procedimiento:

- La Subdirección de Recursos Humanos de la Secretaría de Finanzas y Planeación, a través del Departamento de Seguridad Social recibe de parte del IMSS en archivo digital la "Cédula de Determinación de Cuotas Obrero Patronales" del mes que corresponda.
- El Departamento de Seguridad Social realiza la conciliación de movimientos efectuados en el mes contra los movimientos reflejados en dicha cédula.
- Al importe total de la cédula se le suma o resta, según sea el caso, la cantidad que resulte de dicha conciliación. El resultado obtenido es el importe de las cuotas patronales que se deberán cubrir al IMSS.
- Una vez determinado los importes de las cuotas obrero patronales, se informará mediante oficio a la Tesorería, para que en el marco de sus atribuciones, realice el pago correspondiente en la fecha indicada.

#### 9. Afectación presupuestal:

La Subdirección de Recursos Humanos de la Secretaría de Finanzas y Planeación, a través del Departamento de Seguridad Social, determinará el importe de las cuotas patronales por Dependencia y se les enviará mediante el correo electrónico [seguridad\\_social@veracruz.gob.mx](mailto:seguridad_social@veracruz.gob.mx), el reporte detallado de las afectaciones presupuestales, para que a través del Sistema de Afectación a



## Manual de Recursos Humanos

Terceros Institucionales lleven a cabo los registros en la partida 14100001 "Cuotas al IMSS".

### **10. Apoyo a Organismos y Entidades:**

Los Organismos Públicos Descentralizados y Entidades Públicas que no cuenten con un Registro Patronal propio para incorporar a sus trabajadores al Seguro Social, podrán solicitar el apoyo a la SEFIPLAN para que de manera provisional se incorpore a sus trabajadores al Registro Patronal del Poder Ejecutivo.

Para tal efecto se enviará un oficio dirigido a la Subsecretaría de Finanzas y Administración, anexando la plantilla de personal y el Dictamen de Suficiencia Presupuestal respectivo.

Adicionalmente deberán remitir a la Subdirección de Recursos Humanos de la Secretaría de Finanzas y Planeación la información que al efecto le sea requerida, por cada trabajador, para que el Departamento de Seguridad Social se encuentre en posibilidad de presentar a través del IDSE (El IMSS Desde Su Empresa) los avisos de afiliación, baja o modificación salarial ante el IMSS.

La Subdirección de Recursos Humanos de la Secretaría de Finanzas y Planeación, informará mediante oficio el importe de las cuotas obrero- patronales que se deban cubrir al IMSS, a efecto de que dicho importe sea depositado de inmediato a la Tesorería, proporcionando una fotocopia de dicho depósito al Departamento de Seguridad Social.

No obstante lo anterior, los Organismos y Entidades comprobarán las gestiones que se encuentren realizando ante las instancias respectivas para la obtención de su Registro Patronal.

#### **Notas:**

- Toda vez que la Ley del Seguro Social establece en su artículo 15, fracción I, la obligatoriedad de afiliar a los servidores públicos dentro de los 5 días hábiles siguientes a su contratación, será responsabilidad de cada Dependencia notificar del personal de nuevo ingreso para su afiliación o baja.
- El personal de las Dependencias, Organismos Públicos Descentralizados y Entidades, que cuenten con su propio registro patronal, realizarán estos trámites, en el área administrativa que les corresponda.

### **4.3 Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR)**

En complemento al esquema de pensiones, los trabajadores al servicio del Poder Ejecutivo con plaza presupuestal (Base), gozan de una prestación denominada "Sistema de Ahorro para el Retiro", que consiste en una aportación patronal equivalente al 2% de su sueldo tabular.

Dichas aportaciones se realizan de manera bimestral y se depositan en cuentas individualizadas aperturadas en un Fideicomiso que el Gobierno del Estado por conducto

## Manual de Recursos Humanos

de la Secretaría de Finanzas y Planeación, tiene establecido con una Institución Bancaria y de cuyo saldo se podrá disponer cuando se dé alguno de los siguientes supuestos:

- El servidor público cumpla 65 años,
- El servidor público adquiera el derecho a disfrutar una pensión por cesantía en edad avanzada, vejez, jubilación, invalidez o incapacidad permanente total o permanente parcial, del 50% o más de conformidad con las leyes de la materia.
- Por fallecimiento del servidor público.

### 1. Alta del trabajador.

Al ingresar a la Dependencia el servidor público de base llenará el Formato Único de Designación de Beneficiarios y Consentimiento para ser Asegurado. **(Véase formato No. 24)**

Una vez que el servidor público es incorporado a la nómina, al momento en que se efectúen las aportaciones del bimestre en que ingresó a laborar, de manera automática se le abre una cuenta individual a su nombre en el Fideicomiso.

### 2. Aportaciones.

El importe de las aportaciones al SAR, es el equivalente al 2% de la partida 11300001 (Sueldos y salarios), y hasta por un importe máximo de 25 UMA's (Unidad de Medida y Actualización).

La Dirección General de Administración por conducto de la Subdirección de Recursos Humanos, a través del Departamento de Seguridad Social, es responsable del cálculo, afectación presupuestal y gestión del depósito de las aportaciones bimestrales de las Dependencias Centralizadas del Poder Ejecutivo, excepto la Secretaría de Educación de Veracruz, al Fideicomiso del Sistema de Ahorro para el Retiro ante la Tesorería, a través del siguiente procedimiento:

- a) De manera bimestral, solicita mediante oficio a la Tesorería llevar a cabo el depósito de las aportaciones del bimestre de que se trate.
- b) De igual manera, se procede a la generación de los archivos para la afectación presupuestal en la partida 14300001 Sistema de Ahorro para el Retiro, los cuales son enviados mediante correo electrónico a través de la cuenta [fideicomiso\\_sar@veracruz.gob.mx](mailto:fideicomiso_sar@veracruz.gob.mx) y por oficio a las Dependencias, con el cual cada Dependencia es responsable de llevar a cabo su registro en el Sistema de Administración Financiera del Estado de Veracruz (SIAFEV).
- c) Asimismo, mediante oficio se remiten a la Institución Fiduciaria los archivos de las aportaciones efectuadas en el bimestre y se instruye la dispersión en las cuentas individuales de los trabajadores. Dichos archivos contienen la información de los trabajadores vigentes así como las altas ocurridas en el bimestre (aportaciones y ajustes).

### 3. Fideicomiso del SAR.

Adicionalmente a las obligaciones patronales enunciadas en los puntos anteriores, se llevan a cabo otras actividades inherentes a la operación del Fideicomiso Irrevocable de Administración e Inversión del Fondo del Sistema de Ahorro para el Retiro de los trabajadores al Servicio del Gobierno del Estado de Veracruz, en virtud de que la Secretaría Técnica de dicho Fideicomiso recae en el Titular de la Dirección General de Administración, por instrucción del Secretario de Finanzas y Planeación en su carácter de Fideicomitente Único.

#### a) Aportaciones de organismos y entidades adheridos al Fideicomiso.

Los Organismos Públicos Descentralizados así como las Entidades adheridas al Fideicomiso, realizan de manera directa el depósito de sus aportaciones bimestrales al Fideicomiso, remitiendo a la SEFIPLAN fotocopia del comprobante de pago de aportaciones, así como archivo magnético con el detalle de los importes que se deben cargar a las cuentas individuales de los fideicomisarios.

La Secretaría Técnica por conducto de la Subdirección de Recursos Humanos, a través del Departamento de Seguridad Social, recibe la información misma que una vez validada se remite mediante oficio a la Institución Fiduciaria e instruye su dispersión en las cuentas individuales de los trabajadores. En dichos archivos se incluye la información (aportaciones y ajustes) de los trabajadores vigentes, así como las altas ocurridas en el bimestre.

#### b) Trámite de pago del saldo de las cuentas individuales.

Cuando el servidor público cumpla con los requisitos establecidos para disponer del saldo de su cuenta individual, deberá dirigir en forma directa o a través de su Organización Sindical, una solicitud de pago del saldo de su cuenta individual, al Comité Técnico del Fideicomiso del S.A.R. (En el Departamento de Seguridad Social). **(Véase formato No. 25).**

Una vez verificada, dicha solicitud se integra a la relación que se presentará al Comité Técnico para su autorización, en la sesión correspondiente.

Después de ser autorizadas por el Comité Técnico, mediante oficio se turna el Acta a la Institución Fiduciaria que opera las cuentas individuales, en la cual se instruye el pago del saldo de dichas cuentas.

El pago del saldo de las cuentas individuales se hará a través de transferencias bancarias o cheques de caja emitidos por el Fiduciario a favor del servidor público o a sus beneficiarios en caso de fallecimiento, los cuales podrán ser cobrados, una vez que le haya sido entregado por la Secretaría Técnica a través de la Subdirección de Recursos Humanos en el Departamento de Seguridad Social, previa firma del acuse de recibo correspondiente.

#### c) Comité Técnico.

El Órgano de Gobierno del Fideicomiso es el Comité Técnico, integrado por un Presidente, tres vocales, un representante de la Contraloría General que funge como Comisario

## Manual de Recursos Humanos

Público y el Secretario Técnico. Cada miembro titular cuenta con un suplente que asiste a las sesiones en su representación en los casos en que el titular no pueda asistir. Los cargos de los integrantes del Comité Técnico son honorarios.

El Comité Técnico celebra hasta 6 sesiones ordinarias al año y hasta 2 sesiones extraordinarias, de acuerdo a un calendario de sesiones que se aprueba en la última sesión del año inmediato anterior. Las sesiones ordinarias son convocadas por el Secretario Técnico con 5 días hábiles de anticipación a la fecha programada, y las sesiones extraordinarias con 2 días hábiles de anticipación.

De cada sesión se levanta un acta circunstanciada, que una vez firmada por la totalidad de los participantes, es enviada mediante oficio a la Institución Fiduciaria, para el cumplimiento de acuerdos.

### **d) Estados Financieros.**

El Comité Técnico recibe mensualmente estados financieros emitidos por la institución fiduciaria que administra el Fideicomiso, los cuales son validados y conciliados en el Departamento de Seguridad Social de la Subdirección de Recursos Humanos, dependiente de la Dirección General de Administración y posteriormente remitidos mediante oficio en fotocopia a la Dirección General de Fideicomisos y Desincorporación de Activos para la integración de la Cuenta Pública.

### **e) Rendición de cuentas del Fideicomiso SAR.**

En cumplimiento a la normatividad aplicable en materia de fiscalización de los recursos públicos del Gobierno del Estado de Veracruz, el Fideicomiso del SAR atiende dos auditorías integrales por cada ejercicio fiscal, que son ordenadas por la Contraloría General y el Órgano de Fiscalización Superior del Estado de Veracruz.

## 4.4 Seguro Institucional

El Gobierno del Estado por conducto de la Secretaría de Finanzas y Planeación, otorga el Seguro Institucional **(Véase formato No. 24)** en sus coberturas de vida e incapacidad total y permanente (lo que suceda primero), en favor de sus servidores públicos (excepto empleados de la SEV), equivalente a 40 meses de su sueldo tabular. Lo anterior, está considerado en la Cláusula 77 de las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz.

Adicionalmente a los trabajadores que se encargan de la seguridad pública (Policías) se les otorgan 20 meses adicionalmente por riesgo.

### **1. Seguro de Institucional de Vida.**

- A. Los beneficiarios de los servidores públicos que fallezcan en activo, deberán gestionar (de manera directa o por conducto de la Organización Sindical a la que pertenezcan) ante el Departamento de Seguridad Social de la Subdirección de Recursos Humanos de la Secretaría de Finanzas y Planeación, el pago del Seguro Institucional por Fallecimiento, presentando:
  - Oficio de reclamación para el pago del siniestro. **(Véase formato No. 26)**

## Manual de Recursos Humanos

- Formato único de designación de beneficiarios con firma autógrafa. **(Véase formato No. 24)**
  - Acta de defunción en original o copia certificada por el registro civil.
  - Acta de nacimiento del asegurado en original o copia certificada por el registro civil.
  - Acta de nacimiento de beneficiarios en original o copia certificada por el registro civil.
  - Aviso de movimiento de personal de baja por Fallecimiento, en original o copia certificada.
  - Copia del último recibo de nómina.
  - Copia fotostática de credencial de elector del asegurado y de los beneficiarios (INE).
  - Copia fotostática de comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a 3 meses.
  - Número de cuenta bancaria del beneficiario.
- B. Posterior a la recepción de la documentación debidamente integrada y validada por el Departamento de Seguridad Social, se elaborará "Formato de Integración y Autorización de Expediente para Pago de Siniestros del Seguro Institucional por Fallecimiento". **(Véase formato No. 28)**
- C. Una vez autorizado el pago del seguro, se integra a la relación de trámites que se turnará al Departamento de Control de Plazas y Nóminas a través del formato "Solicitud de Pagos de Seguridad Social" **(Anexo 6)**, a efecto de que se incluya el pago del siniestro en la nómina correspondiente.
- D. Posteriormente, se informará a los beneficiarios en que quincena le será depositado en su cuenta bancaria, el pago de su siniestro.

### Notas:

- *De no contar con designación de beneficiarios, se promoverá un juicio sucesorio intestamentario.*
- *En caso de beneficiarios menores de edad, se requiere carta de responsabilidad de tutoría para cada menor o en su caso a lo dispuesto en la Legislación Civil vigente. **(Véase formato No. 29)***
- *En caso de error de datos en documentación personal, se requerirá testimonial emitida por Notario Público.*

## 2. Seguro Institucional por Invalidez Total y Permanente

- A. Los servidores públicos a quienes el Instituto Mexicano del Seguro Social, les haya dictaminado una invalidez total y permanente, deberán gestionar (de manera directa o por conducto de la Organización Sindical a la que pertenezcan), ante la Subdirección de Recursos Humanos de la Secretaría de Finanzas y Planeación, el pago del Seguro Institucional por Invalidez Total y Permanente, presentando:
- Oficio de reclamación por la cobertura de invalidez. **(Véase formato No. 27)**
  - Dictamen de invalidez expedido por el IMSS, en original o copia certificada, o en su caso, Nota médica y/o historial clínico en copia certificada.

## Manual de Recursos Humanos

- Acta de nacimiento del asegurado en original o copia certificada por el registro civil.
  - Aviso de movimiento de personal por baja por Invalidez, en original o copia certificada.
  - Copia del último recibo de nómina.
  - Copia fotostática de la credencial de elector del asegurado (IFE).
  - Copia fotostática de comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a 3 meses.
  - Número de cuenta bancaria del beneficiario.
- B. Posterior a la recepción de la documentación debidamente integrada y validada por el Departamento de Seguridad Social, se elaborará el "Formato de Integración y Autorización de Expediente para Pago de Siniestros del Seguro Institucional por Invalidez Total y Permanente". **(Véase formato No. 30)**
- C. Una vez autorizado el pago del seguro, se integra a la relación de trámites que se turnará al Departamento de Control de Plazas y Nóminas a través del formato "Solicitud de Pagos de Seguridad Social" **(Anexo 6)**, a efecto de que se incluya el pago del siniestro en la nómina correspondiente.
- D. Posteriormente, se informará a los beneficiarios en que quincena le será depositado en su cuenta bancaria, el pago de su siniestro.

### 3. Suma asegurada.

La suma asegurada se determina multiplicando la partida 11300001 (Sueldos y Salarios); 12200001 (Sueldos al Personal Eventual), según sea el caso; por 40 meses al personal administrativo y por 60 meses en el caso de policías.

### 4. Afectación presupuestal.

El Departamento de Control de Plazas y Nóminas realizará la afectación presupuestal correspondiente por los pagos efectuados, posteriormente la Subdirección de Recursos Humanos de la Secretaría de Finanzas y Planeación, informará mediante oficio el importe de los siniestros cubiertos quincenalmente, a cada una de las Dependencias, para su conocimiento.

#### Nota:

- La Secretaría de Finanzas y Planeación se reserva el derecho a someter al interesado a la valoración de un especialista en medicina del trabajo, cuya opinión será definitiva para determinar la procedencia del pago de dicho seguro.
- Para efectos del pago de siniestros, se tomará de base la fecha de emisión del dictamen correspondiente.
- El término para solicitar el pago de esta prestación prescribe en 1 año, en caso de fallecimiento o incapacidad total y permanente por causas ajenas al desempeño de su cargo o empleo, y en 2 años con motivo de riesgo de trabajo, a partir de la fecha en que ocurrió el siniestro (Ley Estatal del Servicio Civil).

### 4.5 Seguro de Retiro

Es el que se otorga al personal que adquiere el derecho a disfrutar alguna pensión, (por jubilación, por vejez, invalidez o incapacidad) debiendo tener para ello cuando menos 15 años de antigüedad en el servicio.

El importe de dicho seguro es de \$35,938.00 o menos de acuerdo a los años de servicio y con base en la siguiente tabla: (Cláusula 78 de las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz).

| AÑOS | IMPORTE     |
|------|-------------|
| 15   | \$17,969.00 |
| 16   | \$18,867.00 |
| 17   | \$19,766.00 |
| 18   | \$20,664.00 |
| 19   | \$21,563.00 |
| 20   | \$22,461.00 |
| 21   | \$23,359.00 |
| 22   | \$24,258.00 |
| 23   | \$25,156.00 |
| 24   | \$26,055.00 |
| 25   | \$26,953.00 |
| 26   | \$28,750.00 |
| 27   | \$30,547.00 |
| 28   | \$32,344.00 |
| 29   | \$34,141.00 |
| 30   | \$35,938.00 |

Cuando el servidor público haya prestado entre 10 y 14 años de servicio al Gobierno del Estado de Veracruz y cuente con 60 años o más de edad, se le asignará una cantidad de acuerdo al siguiente tabulador:

| EDAD | IMPORTE     |
|------|-------------|
| 60   | \$14,375.00 |
| 61   | \$15,093.75 |
| 62   | \$15,812.50 |
| 63   | \$16,531.25 |
| 64   | \$17,250.00 |
| 65   | \$17,968.75 |

Cuando el servidor público cause baja por incapacidad y ésta resulte como consecuencia de un riesgo de trabajo o enfermedad profesional, el monto a pagar será por el total de la prestación, sin importar los años de servicio acumulados.

## Manual de Recursos Humanos

### 1. Aportación trabajador.

Este seguro se financiará con las aportaciones que efectúen los servidores por una cantidad equivalente a \$11.50, mensuales, misma que les será descontada a través de la clave 44 (Seguro de Retiro), a razón de \$5.75 quincenales, y con recursos presupuestales que aportarán las Dependencias del Poder Ejecutivo, al momento de efectuarse el pago de dicho seguro.

### 2. Trámite de pago.

Los trabajadores que adquieran el derecho a recibir una pensión por jubilación, vejez, invalidez o incapacidad, estarán a lo siguiente:

- A. Para poder realizar el cobro de esta prestación, los trabajadores en forma directa o a través de su Organización Sindical, deberán solicitar a la Subdirección de Recursos Humanos de la Secretaría de Finanzas y Planeación, el pago de este seguro, anexando la siguiente documentación:
  - Oficio dirigido al Subdirector de Recursos Humanos de la Secretaría de Finanzas y Planeación solicitando el trámite de pago. **(Véase formato No. 31)**
  - Aviso de movimiento de personal por baja (copia certificada).
  - Hoja de Servicios. **(Véase formato No. 35)**
  - Copia de la credencial de INE.
  - Número de cuenta bancaria.
- B. Posterior a la recepción de la documentación debidamente integrada y validada por el Departamento de Seguridad Social, se turnará al Departamento de Control de Plazas y Nóminas a través del formato "Solicitud de Pagos de Seguridad Social" **(Anexo 6)**, a efecto de que se incluya el pago del seguro de retiro en la nómina correspondiente.
- C. Posteriormente, se informará al trabajador, en que quincena le será depositado en su cuenta bancaria, el pago del seguro.

Cuando el servidor público cause baja por apegarse a algún programa de retiro voluntario, se le cubrirá el seguro de retiro conforme a las tablas señaladas.

### 3. Afectación presupuestal.

El Departamento de Control de Plazas y Nóminas realizará la afectación presupuestal correspondiente por los pagos efectuados, posteriormente la Subdirección de Recursos Humanos de la Secretaría de Finanzas y Planeación, informará mediante oficio el importe de los seguros cubiertos quincenalmente, a cada una de las Dependencias, para su conocimiento.

#### Notas:

- Toda fracción mayor a 6 meses, se considerará como año completo.
- El término para solicitar el pago de esta prestación prescribe en un año, a partir de la fecha de baja del empleado en el servicio (Ley Estatal del Servicio Civil de Veracruz).



## Manual de Recursos Humanos

- El personal de las Entidades de la Administración Pública, deberá gestionar el pago de esta prestación en el área administrativa de su organismo siempre y cuando se hayan efectuado las cotizaciones correspondientes, y la Entidad cuente con disponibilidad presupuestal y dicha prestación se encuentre reconocida como obligación.

### 4.6 Seguro de Vida y Pago de Marcha

Es un apoyo que se otorga a los beneficiarios de los trabajadores de las Dependencias del Poder Ejecutivo, (excepto la SEV), que hayan adquirido el carácter de pensionados por el Instituto de Pensiones del Estado, con anterioridad al 01 de Julio de 2014.

#### 1. Aportación trabajador.

Este seguro se financiará con las aportaciones que efectúen los pensionados por una cantidad equivalente a \$.17, mensuales, misma que les será descontada por el Instituto de Pensiones del Estado a través de la clave 450 (Seguro Grupo SEFIPLAN), y con recursos presupuestales que aportarán las Dependencias del Poder Ejecutivo, al momento de efectuarse el pago de dicho seguro.

#### 2. Trámite de pago.

- A. Para poder realizar el cobro de esta prestación, los beneficiarios de los pensionados en forma directa o a través de su Organización Sindical, deberán solicitar a la Subdirección de Recursos Humanos de la Secretaría de Finanzas y Planeación, el pago de este seguro, anexando la siguiente documentación:
  - Solicitud por escrito, dirigida al Subdirector de Recursos Humanos de la SEFIPLAN. **(Véase formato No. 32)**
  - Designación de beneficiarios del seguro de grupo con firma autógrafa. **(Véase formato No. 33)**
  - Copia del talón de cobro de pensión, donde se refleje el descuento del seguro de grupo.
  - Original o copia certificada del acta de defunción.
  - Original o copia certificada del oficio de cancelación de la pensión otorgada por el IPE.
  - Original o copia certificada del acta de nacimiento de los beneficiarios.
  - Fotocopia de las credenciales de elector del finado y de los beneficiarios.
  - Número de cuenta bancaria.
- B. Posterior a la recepción de la documentación debidamente integrada y validada por el Departamento de Seguridad Social, se turnará al Departamento de Control de Plazas y Nóminas a través del formato "Solicitud de Pagos de Seguridad Social" **(Anexo 6)**, a efecto de que se incluya el pago de dicho seguro en la nómina correspondiente
- C. Posteriormente, se informara a los beneficiarios, en que quincena le será depositado en su cuenta bancaria, el pago del seguro.

A los beneficiarios del pensionado fallecido que aparezcan en el Formato de Designación de Beneficiarios respectivo se les cubrirá la cantidad de \$7,500.00.

### 3. Afectación.

El Departamento de Control de Plazas y Nóminas realizará la afectación presupuestal correspondiente por los pagos efectuados, posteriormente la Subdirección de Recursos Humanos de la Secretaría de Finanzas y Planeación, informará mediante oficio el importe de los seguros cubiertos quincenalmente, a cada una de las Dependencias, para su conocimiento

### 4.7 Finiquito a Beneficiarios de Trabajadores Fallecidos

Es la liquidación de los alcances salariales a que tienen derecho los beneficiarios de los trabajadores de las Dependencias del Poder Ejecutivo (excepto la SEV), que fallezcan en activo.

#### 1. Trámite de pago.

- A. Posterior al deceso del trabajador, las Unidades Administrativas de las Dependencias del Poder Ejecutivo (excepto la SEV), deberán enviar el reporte de adeudo a la Subdirección de Recursos Humanos de la Secretaría de Finanzas y Planeación, a efecto de tramitar el pago del finiquito a favor de los beneficiarios.
- B. Para poder realizar el cobro de esta prestación, los beneficiarios solicitarán a la Subdirección de Recursos Humanos de la Secretaría de Finanzas y Planeación, el pago de esta liquidación, anexando la siguiente documentación:
  - Oficio de reclamación para el pago del finiquito. **(Véase formato No. 34)**
  - Copia certificada del Formato único de designación de beneficiarios. **(Véase formato No. 24)**
  - Acta de defunción copia.
  - Acta de nacimiento del asegurado copia.
  - Acta de nacimiento de beneficiarios en copia.
  - Aviso de movimiento de personal de baja por Fallecimiento, en original o copia certificada.
  - Copia fotostática de credencial de elector del finado y de los beneficiarios (INE).
  - Número de cuenta bancaria.
- C. Posterior a la recepción de la documentación debidamente integrada y validada por parte del Departamento de Seguridad Social, se turnará al Departamento de Control de Plazas y Nóminas a través del formato "Solicitud de Pagos de Seguridad Social" **(Anexo 6)**, a efecto de que se incluya el pago del finiquito en la nómina correspondiente
- D. Posteriormente, se informará a los beneficiarios en que quincena le será depositado en su cuenta bancaria, el pago de la liquidación.

### 4.8 Estímulo por Antigüedad

Esta prestación, consiste en otorgar a los servidores públicos al servicio del Poder Ejecutivo del Estado, que se encuentren ocupando una plaza de base con carácter de titular o interino, un estímulo por concepto de antigüedad al momento de cumplir los años de servicio y por las cantidades siguientes: (Cláusula 72 de las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz).

| Al cumplir | IMPORTE      |
|------------|--------------|
| 10 años    | \$ 10,110.00 |
| 15 años    | \$ 19,975.00 |
| 20 años    | \$ 29,927.00 |
| 25 años    | \$ 40,010.00 |
| 30 años    | \$ 50,228.00 |
| 35 años    | \$ 60,579.00 |
| 40 años    | \$ 71,064.00 |
| 45 años    | \$ 81,727.00 |
| 50 años    | \$ 95,179.00 |
| 55 años    | \$ 95,179.00 |

**A partir del 1º de agosto de 2024**

#### **1. Procedimiento:**

Al momento de elaborar el proyecto de presupuesto de cada ejercicio, el Departamento de Seguridad Social de la Subdirección de Recursos Humanos de la SEFIPLAN realiza el análisis de las antigüedades de los servidores públicos de las Dependencias centralizadas del Poder Ejecutivo, y elaborará el listado del personal con derecho al pago de esta prestación, mismo que se envía al Departamento de Control de Plazas y Nóminas para que se programe su pago en la nómina correspondiente.

Con base a la programación de pagos, cada trabajador recibirá el pago de su estímulo a través de la nómina quincenal, en la fecha que le corresponda, y con cargo a la partida 17100001 "Estímulo por Antigüedad"

#### **Notas:**

- La acción para exigir el pago de esta prestación prescribirá al año, a partir de la fecha en que se tenga derecho a percibirla (Ley Estatal del Servicio Civil de Veracruz).
- Los servidores públicos de las Entidades de la Administración Pública Paraestatal realizarán estos trámites en el área administrativa que le corresponda, siempre y cuando la Entidad cuente con disponibilidad presupuestal y dicha prestación se encuentre reconocida como obligación.

### 4.9. Hoja de Servicios

Es el documento que contiene el historial de plazas que ha ocupado el trabajador por el tiempo que ha prestado sus servicios en las Dependencias centralizadas del Poder Ejecutivo, y cotizado al Instituto de Pensiones del Estado. **(Véase formato No. 35)**

Este documento es expedido por la Subdirección de Recursos Humanos a través del Departamento de Seguridad Social a petición del trabajador, su organización sindical o de su Dependencia de adscripción, única y exclusivamente para los siguientes efectos:

- Trámites ante el Instituto de Pensiones del Estado.
- Trámites de pago de Seguro de Retiro.
- Trámite de pago de aportaciones al Fideicomiso del SAR.
- Finiquitos laborales.

La información de la base de datos del control de antigüedad es responsabilidad de la Subdirección de Recursos Humanos de la SEFIPLAN, a través del Departamento de Seguridad Social, por lo que toda aclaración en relación a las antigüedades de los trabajadores se presentará ante la SEFIPLAN.

### 4.10. Ayuda para la Adquisición de Lentes, Aparatos Ortopédicos y Auditivos

Cuando el servidor público requiera del uso de Lentes para el desarrollo de sus funciones, la Dependencia cubrirá el importe de hasta \$2,485.00 para la compra de lentes, siempre y cuando haya transcurrido un año de la última prestación otorgada, para el personal de nuevo ingreso es necesario que haya laborado por lo menos un año de manera ininterrumpida, de acuerdo con la reglamentación que emita a este respecto la Secretaría de Finanzas y Planeación.

La Dependencia proporcionará a los servidores públicos que lo requieran, una ayuda para la adquisición de aparatos ortopédicos por la cantidad de \$4,357.00 y de aparatos auditivos la cantidad de \$5,357.00 por única vez, si son dictaminados por el I.M.S.S. o por la institución de seguridad social a que estén afiliados.

Tienen derecho a recibir esta prestación, los servidores públicos en servicio activo ocupando una plaza de base, contrato eventual o empleado temporal administrativo (ETA) que presten sus servicios al Poder Ejecutivo del Estado.

Lo anterior, previsto en la Cláusula 74 y 75 de las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz, y su cargo se realiza a la partida 511515400002: Apoyo para la adquisición de lentes, aparatos ortopédicos y auditivos.

#### **Procedimiento:**

- a) El empleado acudirá con el médico familiar del Seguro Social quien le expedirá la Solicitud de Servicios dentro de la Unidad Médica Familiar (UMF) y será canalizado con el médico especialista, quien a su vez, le realizará los exámenes necesarios

## Manual de Recursos Humanos

y expedirá la Receta Médica con las especificaciones técnicas del aparato que necesita utilizar.

- b) El empleado deberá acceder a la página electrónica <http://intranet.veracruz.gob.mx> y requisitar, imprimir y firmar el formato de Ayuda para la Adquisición de Lentes, Aparatos Ortopédicos y Auditivos, para posteriormente recabar la firma del Jefe de la Unidad Administrativa u Homologo de su Dependencia de adscripción. **(Véase formato No. 38)**
- c) A fin de iniciar el trámite, se entregará en el área de Recursos Humanos de su Dependencia, los siguientes documentos:
- Formato de Ayuda para la Adquisición de Lentes, Aparatos Ortopédicos y Auditivos debidamente requisitado. **(Véase formato No. 38)**
  - Copia de la Solicitud de Servicios dentro de la UMF.
  - Receta Médica.
  - Para el caso de Solicitud de Ayuda para la Adquisición de Aparatos Ortopédicos, se incluirá el presupuesto expedido por una empresa especializada en este giro.
- d) Posterior a la recepción de los documentos, se informará al servidor público en que quincena le será depositado en su nómina el apoyo de la prestación, así como la comprobación que tendrá que presentar.
- e) Una vez depositada la prestación, el servidor público podrá adquirir libremente el artículo en la empresa de su preferencia, teniendo como plazo 30 días naturales para entregar la factura, a fin de sustentar el gasto efectuado y documentar la comprobación de su prestación.
- f) La factura electrónica debe expedirse con los datos fiscales de la Dependencia en la que se encuentre adscrito el trabajador e incluir su nombre y especificaciones técnicas del producto adquirido

### **Nota**

- Es importante señalar que, en caso de no comprobar el gasto realizado en el período indicado, se le aplicará la responsabilidad que consiste en descontar la cantidad depositada vía nómina, así como la aplicación de la sanción que corresponda en los términos del artículo 30 fracción XI de la Ley Estatal del Servicio Civil de Veracruz.
- La prestación de lentes, aparatos ortopédicos y auditivos están limitados al personal operativo, por lo cual no aplican para personal con cargo de estructura desde el nivel de Jefe de Departamento hasta Secretario u homólogos salarialmente.
- El servidor público de las Entidades de la Administración Pública Paraestatal realizará éstos trámites en el área administrativa que le corresponda, siempre y cuando la Entidad cuente con disponibilidad presupuestal y dicha prestación se encuentre reconocida como obligación.

### 4.11. Becas para los hijos del personal sindicalizado

Con fundamento en la Cláusula 79 de las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz vigente, la Entidad Pública concederá al personal trabajador de base y con clave sindical, una beca mensual, como beneficio para los hijos que se encuentren cursando estudios desde 2º año de nivel primaria, secundaria, bachillerato hasta profesional, con alto rendimiento académico

El monto de la beca mensual para todos los niveles es de \$700.00, los cuales aplicarán de forma anual o según lo determine la Secretaría de Finanzas y Planeación, conforme a la disponibilidad presupuestal autorizada.

Mediante circular emitida por la Secretaría de Finanzas y Planeación a través de la Dirección General de Administración, se establecerán las fechas y condiciones para que el personal trabajador en servicio activo que ocupe una plaza de base con clave sindical, presente su solicitud por escrito, anexando la siguiente documentación:

- Formato de solicitud de Beca para hijas e hijos del personal sindicalizado adscrito a las Dependencias del Poder Ejecutivo. **(Véase Formato No. 39)**
- Acta de nacimiento del estudiantado.
- Identificación oficial vigente (INE) del personal trabajador de base.
- Boleta de calificaciones del ciclo inmediato anterior que acredite el promedio requerido.

### 4.12. Servicio Médico

Para atender cualquier emergencia que pudiera presentarse en horas de labores, la SEFIPLAN cuenta con un módulo médico que opera en los turnos matutino y vespertino, y se encuentra ubicado en el piso 3.5 del edificio de esta Secretaría.

En este módulo se atienden únicamente padecimientos leves del personal de la Secretaría de Finanzas y Planeación, de acuerdo a la sintomatología que presente el paciente se determina si se le inicia un tratamiento o se canaliza a la clínica del I.M.S.S. correspondiente.

#### 1. Procedimiento para la atención médica al Personal de la Secretaría.

- a. Cuando el trabajador presenta algún problema de salud, acude al consultorio para que se le proporcione atención médica.
- b. El médico en turno atiende al servidor público y lo entrevista, para obtener información suficiente de los síntomas que presenta.
- c. Con base en la información clínica obtenida y la sintomatología que presente el paciente, el médico en turno determina la procedencia de canalizarlo al IMSS o sugerir el tratamiento que a su juicio resulte procedente, proporcionando la primera toma en caso de contar con existencia del medicamento, así como la receta médica respectiva con las indicaciones y recomendaciones que seguirá el trabajador; mismo que en caso de requerir reposo, el médico en turno le expedirá

## Manual de Recursos Humanos

un permiso médico a través del Sistema de Gestión de Recursos Humanos, el cual mediante correo electrónico le será notificado a su Jefe inmediato, para que el trabajador se retire a su domicilio.

- d. En caso de que la gravedad del paciente lo amerite, el médico en turno le expedirá un pase médico a través del Sistema de Gestión de Recursos Humanos, el cual mediante correo electrónico le será notificado a su Jefe inmediato, para que el trabajador acuda al IMSS a recibir la atención correspondiente.
- e. En todos los casos, el trabajador firmará en la libreta de registro, donde se anota el Nombre del servidor público, Área de adscripción, fecha, Padecimiento y Tratamiento a seguir. Asimismo, comprobará en un plazo no mayor a tres días si recibió pase a su domicilio, o el comprobante que ampare haber asistido al IMSS para recibir atención médica. (Receta Médica o Comprobante de trabajo social)

### **2. Procedimiento para expedición de pase de salida al IMSS con previa cita médica.**

- a. Cuando el trabajador necesite ausentarse de sus labores para acudir a cita médica al IMSS o exámenes de laboratorio, acudirá al Módulo Médico e informará al médico en turno dicha situación, presentando el carnet de citas correspondiente, en el cual se señala la fecha y hora de la cita al médico familiar, médico especialista o trabajo social para pláticas de control prenatal, laboratorio o gabinete.
- b. El médico en turno recibe del empleado, la Tarjeta de citas del IMSS u Orden de Laboratorio en original y revisa los siguientes datos: hora, tipo de cita con médico familiar, especialista, laboratorio y/o gabinete (rayos X), cita con otro médico del IMSS fuera de la ciudad.
- c. Accesa al Sistema Central de Recursos Humanos en la aplicación de solicitud de permisos e ingresa los datos del servidor público, elabora y registra en el Informe diario de actividades, la información del empleado con base a la Tarjeta de citas del IMSS u Orden de Laboratorio en original y entrega al empleado el Número de folio del pase de salida, la Tarjeta de citas del IMSS u Orden de Laboratorio en original, con base a la Tarjeta de citas del IMSS u Orden de Laboratorio en original
- d. La solicitud de permisos para cita de médico familiar se otorgará por tres horas y media como máximo, en los siguientes casos:
  - Para análisis de laboratorio, se otorgará máximo una hora y media.
  - Para exámenes de gabinete USG y TAC (ultrasonido, rayos X y tomografía), se otorgará máximo tres horas.
  - Para servicio médico con especialista, se otorgará el tiempo necesario con previo comprobante y posterior justificante del paciente.
- e. Los pases de salida se autorizan en cualquier horario de labores, para el caso en que el empleado acuda a urgencias o a su clínica de adscripción. En caso de citas a trabajo social sólo se expedirá cuando se trate de primer embarazo y/o problemas crónicos de diabetes e hipertensión.

## Manual de Recursos Humanos

- f. Los pases de salida para citas con el médico familiar se otorgarán una hora antes de la hora de cita o el día anterior si ésta fuera antes de las 9:00 horas; y tendrá una duración mínima de 3 horas y máxima de 3 horas y media.
- g. En el caso de que el empleado no presente su Comprobante de trabajo social para justificar su ausencia al servicio médico en un plazo de tres días hábiles, se procederá a cancelar su permiso.
- h. Cuando las condiciones o los síntomas que refiera el paciente sean de gravedad, y la situación lo justifique, el médico en turno deberá apoyar en el traslado a la clínica del IMSS que le corresponda, para ser atendido de urgencia.

### 3. Elaboración del Reporte de Actividades e Inventario de Medicamento.

El personal del Módulo Médico llevará un registro de las consultas que se realicen en el día, así como de los medicamentos otorgados a los servidores públicos de la Secretaría, lo cual servirá de base para la elaboración de los reportes mensuales siguientes:

**Reporte de actividades médicas.-** Incluye la relación de consultas atendidas en el mes. (Consulta médica, aplicación de inyecciones, toma de presión arterial, toma de temperatura, etc.)

**Actualización de inventario de medicamento.-** Cada mes se actualizará el inventario de medicamentos para conocer la existencia de los mismos, y en su caso conocer las necesidades del módulo médico.

### 4.13. Conclusión de la Relación Laboral

Al momento de la conclusión de las relaciones de trabajo o del retiro laboral, los trabajadores de acuerdo a su situación administrativa, tendrán derecho a las prestaciones que se detallan a continuación:

| CONCEPTO             | BASE | CONTRATO | E.T.A. | OBSERVACIONES  |
|----------------------|------|----------|--------|--|
| PENSIÓN              | X    |          |        | De acuerdo a la edad y años de servicio.                                 |
| SEGURO INSTITUCIONAL | X    | X        |        | Por invalidez total y permanente o fallecimiento, lo que ocurra primero. |
| SEGURO DE RETIRO     | X    |          |        | De acuerdo a los años de servicio.                                       |
| S.A.R.               | X    |          |        | Saldo de la cuenta individual.   |
| ALCANCES LABORALES   | X    | X        | X      | Con base al tiempo laborado en el último ejercicio.                      |

**Nota:** El derecho a recibir las prestaciones que se mencionan en el cuadro anterior, estará sujeto al cumplimiento de los requisitos y supuestos establecidos en la normatividad aplicable en cada caso.



# Manual de Recursos Humanos

## Formato No. 21 Aviso para Calificar Probable Riesgo de Trabajo (Anverso)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

PARA SER LLENADO POR LOS SERVICIOS DE ATENCION MEDICA

DATOS DEL PATRON

|  |                    |
|--|--------------------|
| 1) NOMBRE DEL PATRON O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA                  |                    |
| 2) DOMICILIO DE LA EMPRESA, CALLE Y NUMERO                         |                    |
| COLONIA O FRACCIONAMIENTO, DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO |                    |
| 3) CODIGO POSTAL   | 4) TELEFONO (LADA) |
| 5) REGISTRO PATRONAL   |                    |

### AVISO DE ATENCION MEDICA INICIAL Y CALIFICACION DE PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO ST-7

|  |  |   |  |   |  |  |                           |   |                         |  |                                     |                                |
|--|--|---|--|---|--|--|---------------------------|---|-------------------------|--|-------------------------------------|--------------------------------|
| 6) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL  |  |   | 7) APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S) |   |  |  |                           |   |                         |  |                                     |                                |
| 8) IDENTIFICACION OFICIAL (ESPECIFICAR)  |  |   |  |   |  | 9) CURP  |                           |   | 10) EDAD (AÑOS)         |  |                                     |                                |
| 11) SEXO<br>M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>                  |  | 12) ESTADO CIVIL  |  | 13) DOMICILIO: CALLE Y NUMERO               |  |  | COLONIA O FRACCIONAMIENTO |   |                         |  |                                     |                                |
| DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO  |  |   |  | 14) TELEFONO (LADA)                         |  |  | 15) CODIGO POSTAL         |   | 16) UMF DE ADSCRIPCION  |  |                                     |                                |
| 17) DELEGACION (IMSS)  |  | 18) DIA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE                 |  | 19) HORARIO DE TRABAJO EL DIA DEL ACCIDENTE |  | 20) FECHA Y HORA DEL PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO                                     |                           | 21) FECHA Y HORA DE RECEPCION EN EL SERVICIO MEDICO |                         |  |                                     |                                |
|  |  |   |  |   |  | DIA    MES    AÑO    HORA  |                           | DIA    MES    AÑO    HORA                           |                         |  |                                     |                                |
| 22) SEÑALAR CLARAMENTE COMO OCURRIO EL ACCIDENTE                                   |  |   |  |   |  |  |                           |   |                         |  |                                     |                                |
| * ANEXO NOTA MEDICA DE FECHA _____   |  |   |  |   |  |  |                           |   |                         |  |                                     |                                |
| 23) DESCRIPCION DE LA(S) LESION(ES) Y TIEMPO DE EVOLUCION                          |  |   |  |   |  |  |                           |   |                         |  |                                     |                                |
| 24) IMPRESION DIAGNOSTICA  |  |   |  |   |  |  |                           |   |                         |  |                                     |                                |
| 25) TRATAMIENTO(S)   |  |   |  |   |  |  |                           |   |                         |  |                                     |                                |
| 26) SIGNOS Y SINTOMAS (MARQUE CON UNA X)   |  |   |  |   |  |  |                           |   |                         |  |                                     |                                |
| INTOXICACION ALCOHOLICA    SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |  |   |  |   |  | INTOXICACION POR ENERVANTES    SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                           |   |                         |  |                                     |                                |
| 27) OTRAS CONDICIONES  |  |   |  |   |  | 28) ATENCION MEDICA PREVIA EXTRAINSTITUCIONAL, ESPECIFIQUE                             |                           |   |                         |  |                                     |                                |
| 29) INCAPACIDAD INICIAL  |  | AMERITA INCAPACIDAD                                     |  | FECHA DE INICIO                             |  |  | No. DE FOLIO              |   | No. DE DIAS AUTORIZADOS |  | 30) SE ENVA PACIENTE AL SERVICIO DE |                                |
|  |  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |  | DIA    MES    AÑO                           |  |  |                           |   |                         |  |                                     |                                |
| 31) NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE   |  |   |  | MATRICULA                                   |  |  |                           | FIRMA (MEDICO TRATANTE)                             |                         |  |                                     | 32) UNIDAD MEDICA Y DELEGACION |

**EL ASEGURADO DA CUMPLIMIENTO AL ARTICULO 51 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL DE PROPIO DERECHO Y BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD MANIFIESTA QUE LOS DATOS Y HECHOS AQUI ASENTADOS SON VERDADEROS**

\_\_\_\_\_  
TRABAJADOR  
(NOMBRE Y FIRMA)

\_\_\_\_\_  
FAMILIAR O REPRESENTANTE  
(NOMBRE Y FIRMA)

\_\_\_\_\_  
TESTIGO  
(NOMBRE Y FIRMA)

DOMICILIO Y TELEFONO DEL FAMILIAR O REPRESENTANTE O  
TESTIGO DE LA VERSION DEL TRABAJADOR:

\* EN CASO DE ANEXAR NOTA MEDICA, ESTA DEBERA CONTENER LA DESCRIPCION DE LOS CAMPOS 21, 22, 23 Y 24; NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO TRATANTE, NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR, FAMILIAR O REPRESENTANTE O TESTIGO DE LA VERSION DEL TRABAJADOR.

# Manual de Recursos Humanos

## **Formato No. 21** **Aviso para Calificar Probable Riesgo de Trabajo** **Reverso**

### DATOS COMPLEMENTARIOS PARA LA CALIFICACION DE PROBABLE ACCIDENTE DE TRABAJO (PARA SER LLENADO POR LA EMPRESA)

|  |  |     |     |   |      |   |  |   |                       |                   |      |                    |  |
|--|--|-----|-----|---|------|---|--|---|-----------------------|-------------------|------|--------------------|--|
| 1) NOMBRE DEL PATRON O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA  |  |     |     | 2) ACTIVIDAD O GIRO                     |      |   |  | 3) REGISTRO PATRONAL  |                       |                   |      |                    |  |
| 4) DOMICILIO: CALLE Y NUMERO   |  |     |     |   |      | COLONIA O FRACCIONAMIENTO   |  |   |                       |                   |      |                    |  |
| DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO  |  |     |     | CODIGO POSTAL                           |      | 5) TELEFONO (LADA)  |  |   | 6) CORREO ELECTRONICO |                   |      |                    |  |
| 7) NOMBRE DEL TRABAJADOR   |  |     |     | 8) NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL           |      |   |  | 9) DOMICILIO: CALLE Y NUMERO  |                       |                   |      |                    |  |
| COLONIA O FRACCIONAMIENTO  |  |     |     | DELEGACION O MUNICIPIO, CIUDAD Y ESTADO |      |   |  |   |                       | 10) CODIGO POSTAL |      |                    |  |
| 11) OCUPACION QUE DESEMPEÑABA AL MOMENTO DEL ACCIDENTE   |  |     |     | 12) ANTIGÜEDAD EN LA OCUPACION          |      |   |  | 13) DÍA DE DESCANSO PREVIO AL ACCIDENTE                                   |                       |                   |      | 14) SALARIO DIARIO |  |
| 15) HORARIO DE TRABAJO EL DÍA DEL ACCIDENTE  |  |     |     | 16) MATRICULA (TRABAJADOR IMSS)         |      |   |  | 17) CLAVE PRESUPUESTAL DE LA UNIDAD IMSS DE ADSCRIPCION (TRABAJADOR IMSS) |                       |                   |      |                    |  |
| 18) FECHA Y HORA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE   |  | DÍA | MES | AÑO                                     | HORA | 19) FECHA Y HORA EN QUE EL TRABAJADOR SUSPENDIÓ LABORES A CAUSA DEL ACCIDENTE |  | DÍA   | MES                   | AÑO               | HORA |                    |  |
| 20) CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE   |  |     |     |   |      |   |  |   |                       |                   |      |                    |  |
| EN LA EMPRESA <input type="checkbox"/> EN UNA COMISION <input type="checkbox"/> EN TRAYECTO A SU TRABAJO <input type="checkbox"/> EN TRAYECTO A SU DOMICILIO <input type="checkbox"/> TRABAJANDO TIEMPO EXTRA <input type="checkbox"/> |  |     |     |   |      |   |  |   |                       |                   |      |                    |  |
| 21) DESCRIPCION PRECISA DE LA FORMA, SITIO O AREA DE TRABAJO EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE   |  |     |     |   |      |   |  |   |                       |                   |      |                    |  |
| 22) NOMBRE Y CARGO DE LA PERSONA DE LA EMPRESA QUE TOMÓ CONOCIMIENTO INICIAL DEL ACCIDENTE   |  |     |     |   |      | 23) FECHA Y HORA DE COMUNICACION DEL ACCIDENTE                                |  | DÍA   |                       | MES               | AÑO  | HORA               |  |
| 24) NOMBRE Y DOMICILIO DE LAS PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE   |  |     |     |   |      |   |  |   |                       |                   |      |                    |  |
| 25) SI LA PRIMERA ATENCION MEDICA NO LA PROPORCIONO EL IMSS, ANOTAR DONDE SE OTORGO Y ANEXAR CERTIFICADO MEDICO  |  |     |     |   |      |   |  |   |                       |                   |      |                    |  |
| 26) ANOTAR QUE AUTORIDADES OFICIALES TOMARON CONOCIMIENTO DEL ACCIDENTE Y ANEXAR COPIA CERTIFICADA DEL ACTA RESPECTIVA   |  |     |     |   |      |   |  |   |                       |                   |      |                    |  |
| 27) ACLARACIONES Y OBSERVACIONES   |  |     |     |   |      |   |  |   |                       |                   |      |                    |  |
| 28) NOMBRE DEL PATRON O SU REPRESENTANTE LEGAL   |  |     |     |   |      | 29) LUGAR Y FECHA   |  |   |                       |                   |      |                    |  |
| 30) FIRMA DEL PATRON O SU REPRESENTANTE LEGAL  |  |     |     |   |      | 31) SELLO (EN CASO DE NO CONTAR CON SELLO PONER FIRMA DEL PATRON)             |  |   |                       |                   |      |                    |  |

### DICTAMEN DE CALIFICACION (PARA USO EXCLUSIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO DEL IMSS)

|   |  |                                   |  |   |  |                             |  |                                   |     |                   |     |                |
|---|--|-----------------------------------|--|---|--|-----------------------------|--|-----------------------------------|-----|-------------------|-----|----------------|
| 32) DIAGNOSTICO(S) NOSOLOGICO, ETIOLOGICO Y ANATOMOFUNCIONAL DE LA LESION |  |                                   |  |   |  |                             |  |                                   |     |                   |     |                |
| 33) FUNDAMENTO LEGAL DE LA CALIFICACION                                   |  |                                   |  |   |  |                             |  |                                   |     | 34) UNIDAD MEDICA |     |                |
| 35) NOMBRE DEL MEDICO QUE FORMULO ESTE DICTAMEN                           |  |                                   |  | 36) MATRICULA IMSS                      |  |                             |  | 37) LUGAR Y FECHA                 | DÍA | MES               | AÑO | 38) DELEGACION |
| 39) EL ACCIDENTE DE OCURRIÓ EN:   |  |                                   |  | 40) SE ACEPTA COMO ACCIDENTE DE TRABAJO |  |                             |  | 42) FIRMA DEL MEDICO QUE CALIFICA |     |                   |     |                |
| EMPRESA <input type="checkbox"/>  |  | TRAYECTO <input type="checkbox"/> |  | SI <input type="checkbox"/>             |  | NO <input type="checkbox"/> |  |                                   |     |                   |     |                |

**NOTA: SI NO ESTA DE ACUERDO CON LA CALIFICACION, PUEDE INCONFORMARSE DENTRO DE LOS 15 DIAS HABILIS SIGUIENTES A LA NOTIFICACION, EN CUMPLIMIENTO AL ARTICULO 44 Y 294 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL Y AL REGLAMENTO CORRESPONDIENTE.**

RECIBI COPIA ST-7

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TRABAJADOR, BENEFICIARIO O REPRESENTANTE

FECHA: \_\_\_\_\_

## Manual de Recursos Humanos

### **Formato No. 21**

#### **Instructivo de Llenado del Aviso para Calificar Probable Riesgo de Trabajo**

|     | <b>Deberá decir:</b>  |
|-----|---|
| 1.  | Anotar el nombre o la razón social del patrón.  |
| 2.  | Anotar la actividad que realiza el patrón. (Ejemplo: Administración Pública).   |
| 3.  | Anotar el registro patronal asignado por el I.M.S.S.  |
| 4.  | Domicilio completo del patrón.  |
| 5.  | Anotar el teléfono del centro de trabajo.   |
| 6.  | Anotar el correo electrónico del patrón.  |
| 7.  | Nombre completo del servidor público.   |
| 8.  | Número de seguridad social (afiliación) del servidor público.   |
| 9.  | Anotar el domicilio del servidor público.   |
| 10. | Anotar el código postal del domicilio del servidor público.   |
| 11. | Anotar la categoría del servidor público.   |
| 12. | Anotar la antigüedad del servidor público en el puesto.   |
| 13. | Anotar el último día de descanso que el servidor público haya gozado, así como el día del accidente.  |
| 14. | Anotar el salario diario integrado del servidor público.  |
| 15. | Anotar el horario de trabajo del servidor público, el día del accidente.  |
| 16. | Número de matrícula de IMSS del servidor público.   |
| 17. | Clave presupuestal de la unidad a la que pertenece el servidor público.   |
| 18. | Fecha y hora en que ocurrió el accidente.   |
| 19. | Fecha y hora en que el servidor público suspendió sus labores por causa del accidente.  |
| 20. | Señalar las circunstancias en que ocurrió el accidente.   |
| 21. | Describir de manera clara y precisa las circunstancias en que ocurrió el accidente.   |
| 22. | Anotar el nombre de la persona que tomó conocimiento de los hechos.   |
| 23. | Anotar la fecha y la hora en que le fueron reportados los hechos.   |
| 24. | Anotar el nombre completo y domicilio completo de las personas que presenciaron los hechos.   |
| 25. | Anotar el nombre de la persona que haya atendido al servidor público antes de acudir al I.M.S.S., anexando el certificado médico que le haya sido expedido. |
| 26. | Describir que autoridades oficiales tomaron conocimiento del accidente, anexando copia del acta certificada que se hubiera levantado.                       |
| 27. | Anotar algunas aclaraciones y observaciones que se consideren relevantes.   |
| 28. | Anotar el nombre de la persona facultada.   |
| 29. | Lugar y fecha de expedición de este formato.  |
| 30. | Firma de la persona facultada.  |
| 31. | Estampar el sello del área facultada.   |

## Manual de Recursos Humanos

### Formato No. 22

### Modelo de Oficio para Informar Probable Riesgo de Trabajo

**USAR PAPEL MEMBRETADO  
DE LA DEPENDENCIA**

FECHA

C.  
TITULAR DEL ÁREA DE RECURSOS HUMANOS  
SECRETARÍA DE FINANZAS Y PLANEACIÓN  
**P R E S E N T E**

Para los efectos procedentes, adjunto formato **ST-7 "Aviso para calificar probable riesgo de trabajo"**, expedido por el Instituto Mexicano del Seguro Social a favor del **C. Nombre del empleado** con domicilio en **(Calle, Número exterior / interior, Colonia, C.P.)** en **(Ciudad)**, quien refiere que aproximadamente a las \_\_\_\_ horas del día **(Fecha)** del año en curso, encontrándose en **(Lugar del accidente)** al momento de **(Descripción del accidente)**.

Dicha persona debe cubrir un horario de trabajo de las \_\_\_\_ a las \_\_\_\_ horas, tomando conocimiento de estos hechos el **(C. del Jefe Inmediato)**, **(Puesto del Jefe Inmediato)**.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

**ATENTAMENTE**

\_\_\_\_\_  
**SERVIDOR PÚBLICO  
FACULTADO EN EL REGLAMENTO INTERNO**

## Manual de Recursos Humanos

### **Formato No. 23** **Perfil de Puesto**



#### **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

DELEGACIÓN REGIONAL VERACRUZ ZONA NORTE  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. \_\_\_\_  
DEPTO. DE SALUD EN EL TRABAJO

#### **PERFIL DE PUESTO**

PARA CONTINUAR CON EL TRÁMITE DE INVALIDEZ, SÍRVASE LLENAR EL SIGUIENTE FORMATO POR PARTE DEL PATRÓN O REPRESENTANTE:

RAZÓN SOCIAL: GOBIERNO DEL ESTADO PODER EJECUTIVO REG. PATRONAL: F54 37504 36 0

DOMICILIO: AV. RUIZ CORTINES ESQ. CON AV. XALAPA, UNIDAD DEL BOSQUE, XALAPA. VER.

NOMBRE DEL TRABAJADOR: \_\_\_\_\_

NO. AFILIACIÓN \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

HORARIO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_ SALARIO DIARIO: \_\_\_\_\_

\*ACTIVIDADES QUE EFECTÚA DIARIAMENTE DESDE SU ENTRADA: (Deberá describirse paso por paso hasta su hora de salida)

\*DESCRIBE EL ÁREA DONDE EL TRABAJADOR EFECTÚA SUS FUNCIONES:

\*ACTIVIDADES QUE OCASIONALMENTE REALIZA CADA 15 O 30 DÍAS:

\*TIPO DE ESFUERZO QUE EL PUESTO EXIGE: (Levantar objetos, de qué peso, etc.)

\*POSICIÓN EN QUE SE DESARROLLAN LAS ACTIVIDADES: (De pie, sentado, se desplaza, de dónde a dónde, etc.)

\*EQUIPO QUE SE EMPLEA EN EL PUESTO DE TRABAJO:

\*SENTIDOS QUE UTILIZA

VISTA: \_\_\_\_\_ OÍDO: \_\_\_\_\_ OLFATO: \_\_\_\_\_ TACTO: \_\_\_\_\_ GUSTO \_\_\_\_\_

\*LAS NECESIDADES FÍSICAS PARA DESARROLLAR EL PUESTO:

\*LUGAR Y FECHA EN QUE SE LLENA EL PRESENTE DOCUMENTO:

XALAPA, VER. A \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DEL 20\_\_

\*NOMBRE Y FIRMA DEL PATRÓN:

JEFE DEL DEPTO. DE SEGURIDAD SOCIAL

# Manual de Recursos Humanos

## **Formato No. 24** **Formato Único para la Designación de Beneficiarios** **y consentimiento para ser asegurado**



### **FORMATO ÚNICO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS** **Y CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO**

DEPENDENCIA:

DATOS GENERALES.

NOMBRE DEL TRABAJADOR:

|  |                  |                  |           |
|--|------------------|------------------|-----------|
|  | APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRE(S) |
|--|------------------|------------------|-----------|

|         |           |            |
|---------|-----------|------------|
| R.F.C.: | TELÉFONO: | DIRECCIÓN: |
|---------|-----------|------------|

|            |            |
|------------|------------|
| LOCALIDAD: | MUNICIPIO: |
|------------|------------|

#### **BENEFICIARIOS DEL SISTEMA DE AHORRO PARA EL RETIRO (SAR). (SÓLO PERSONAL CON PLAZA)**

| DATOS DE LOS BENEFICIARIOS       |            |            |                     |
|----------------------------------|------------|------------|---------------------|
| NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO | PARENTESCO | PORCENTAJE | FECHA DE NACIMIENTO |
|                                  |            |            |                     |
|                                  |            |            |                     |
|                                  |            |            |                     |

Es mi voluntad designar a los beneficiarios antes señalados, en cumplimiento a lo dispuesto por el artículo 12, fracción V y artículo 15, fracción III del decreto constitutivo del Fideicomiso Público para la Administración del Fondo del Sistema de Ahorro para el Retiro de los trabajadores al servicio del Gobierno del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, reformado mediante Decreto publicado en la Gaceta Oficial del Estado No. 153 de fecha 2 de agosto de 2004. El Comité Técnico del Fideicomiso autorizará la entrega del saldo que corresponda de acuerdo con los términos del Contrato de Fideicomiso, a los beneficiarios que consten en esta designación, quedando liberado de toda responsabilidad si, posteriormente a la fecha de emisión del pago correspondiente, se recibe nueva designación de beneficiarios o resolución emitida por autoridad judicial.

#### **BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL. (SÓLO PERSONAL CON PLAZA Y CONTRATO)**

| DATOS DE LOS BENEFICIARIOS       |            |            |                     |
|----------------------------------|------------|------------|---------------------|
| NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO | PARENTESCO | PORCENTAJE | FECHA DE NACIMIENTO |
|                                  |            |            |                     |
|                                  |            |            |                     |
|                                  |            |            |                     |

#### **BENEFICIARIOS DE FINIQUITOS. (TODO EL PERSONAL)**

| DATOS DE LOS BENEFICIARIOS       |            |            |                     |
|----------------------------------|------------|------------|---------------------|
| NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO | PARENTESCO | PORCENTAJE | FECHA DE NACIMIENTO |
|                                  |            |            |                     |
|                                  |            |            |                     |
|                                  |            |            |                     |

**Nota importante:** En todas las designaciones, en el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, se estará a lo dispuesto en la Legislación Civil vigente. 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 solo tendrá una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguros le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

El Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz, es el responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporciona, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la *Ley 316 de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Veracruz*, y demás normatividad que resulte aplicable. Utilizará sus datos personales recabados en la presente designación de beneficiarios, para el registro y gestión de la información relacionada con el cumplimiento de los derechos y obligaciones derivadas de las relaciones laborales establecidas con los trabajadores a su servicio, en este sentido, Declaro que fui enterado del aviso de privacidad de datos, en el que se contempla el tratamiento y derechos que se pueden ejercer de considerarlo necesario.

Es oportuno señalar que cuando por exigencias de construcción gramatical, de enumeración, de orden o por otra circunstancia cualquiera, el texto de este formato use o dé preferencia al género masculino, o haga acepción de sexo que pueda resultar susceptible de interpretarse en sentido restrictivo contra la mujer, el texto confuso se interpretará en sentido igualitario para hombres y mujeres, de modo que éstas se encuentren equiparadas a aquéllos en términos de estatuto jurídico perfecto, en materia de derechos y obligaciones.

XALAPA, VERACRUZ, A \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 202\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA

## Manual de Recursos Humanos

### Formato No. 24

### **Instructivo de Llenado del Formato Único para la Designación de Beneficiarios y consentimiento para ser asegurado**

| Donde dice:   | Deberá decir:   |
|---|---|
| Dependencia:  | Anotar el nombre de la Dependencia de adscripción del trabajador.   |
| <b>APARTADO DE DATOS GENERALES</b>                                |   |
| 1. Nombre del trabajador:   | Anotar el nombre completo del trabajador asegurado, sin abreviaturas.   |
| 2. R.F.C.:  | Anotar el Registro Federal de Contribuyentes del trabajador a 13 posiciones.  |
| 3. Teléfono:  | Anotar el teléfono particular y/o celular del trabajador.   |
| 4. Dirección:   | Anotar la dirección del domicilio particular del trabajador.  |
| 5. Localidad:   | Anotar la localidad donde radique el trabajador.  |
| 6. Municipio:   | Anotar el municipio donde reside el trabajador.   |
| <b>APARTADO BENEFICIARIOS DEL S.A.R.</b>                          |   |
| 7. Nombre completo del beneficiario:                              | Anotar el nombre completo y R.F.C. del beneficiario.  |
| 8. Parentesco:  | El parentesco que tenga el beneficiario con el trabajador.  |
| 9. Porcentaje:  | Anotar el porcentaje que el trabajador le asigna a cada beneficiario.   |
| 10. Fecha de nacimiento:  | Anotar la fecha de nacimiento del beneficiario.   |
| <b>APARTADO DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL</b> |   |
| 11. Nombre completo del beneficiario:                             | Anotar el nombre completo y R.F.C. del beneficiario.  |
| 12. Parentesco:   | El parentesco que tenga el beneficiario con el trabajador.  |
| 13. Porcentaje:   | Anotar el porcentaje que el trabajador le asigna a cada beneficiario.   |
| 14. Fecha de nacimiento:  | Anotar la fecha de nacimiento del beneficiario.   |
| <b>APARTADO DE BENEFICIARIOS DE FINIQUITOS</b>                    |   |
| 15. Nombre completo del beneficiario:                             | Anotar el nombre completo y R.F.C. del beneficiario.  |
| 16. Parentesco:   | El parentesco que tenga el beneficiario con el trabajador.  |
| 17. Porcentaje:   | Anotar el porcentaje que el trabajador le asigna a cada beneficiario.   |
| 18. Fecha de nacimiento:  | Anotar la fecha de nacimiento del beneficiario.   |
| 19. Fecha de elaboración:   | Anotar día, mes y año en que se llenó el formato.   |
| 20. Firma:  | Debe coincidir con la credencial de elector del trabajador, debe ser autógrafa y firmar de preferencia con tinta de color azul. |

**Importante:** El formato deberá ser llenado con letra clara de preferencia de máquina, y no será válido si presenta abreviaturas, borrones, tachaduras o enmendaduras.

**Distribución del formato:** El siguiente orden de importancia se aplicará si los beneficiarios tienen derecho a cobrar los tres conceptos:

**Original:** Seguro de vida Institucional.

**Copia certificada por la Dependencia:**- Para trámite del pago del SAR.

**Copia certificada por la Dependencia:**- Para trámite del pago de finiquitos.

**AVISO DE PRIVACIDAD:** Anotar el nombre del Sistema de Datos Personales de la Dependencia.

## Manual de Recursos Humanos

### **Formato No. 25**

### **Solicitud de pago del saldo de la cuenta individual del SAR**

\_\_\_\_\_, Ver., a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

#### **H. COMITE TECNICO DEL FIDEICOMISO DEL S.A.R. DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE. P R E S E N T E.**

El (la) que suscribe \_\_\_\_\_ (**Nombre del fideicomisario o beneficiario**), por este conducto se permite solicitar el pago del saldo de la cuenta individual Número (**Número de personal**) \_\_\_\_\_ del Sistema de Ahorro para el Retiro, abierta a (**su favor, en caso de pensionados o Nombre del finado, en caso de fallecimiento**), toda vez que con fecha (**Fecha de baja**), causó baja por (**Motivo de baja**), para lo cual, le adjunto la siguiente documentación:

- Aviso de baja (Original o copia certificada)
- Hoja de servicios (Original o copia certificada)
- Certificado de Invalidez (Original o copia certificada) (En caso de baja por invalidez o incapacidad)
- Acuerdo del I.P.E. (Copia certificada) (En caso de baja por renuncia)
- Acta de nacimiento (Original o copia certificada) (En caso de trámite por edad de 65 años)
- Acta de defunción (Original o copia certificada) (En caso de fallecimiento)
- Formato de designación de beneficiarios (Original o copia certificada)
- Fotocopia de credencial de elector
- Fotocopia de estado de cuenta bancario

#### DATOS DE LA CUENTA BANCARIA:

Institución Bancaria: \_\_\_\_\_

Clabe Interbancaria: \_\_\_\_\_

Sin otro particular, y agradeciendo su valioso apoyo me suscribo a sus apreciables órdenes, comprometiéndome a informar oportunamente cualquier modificación en mi cuenta bancaria.

### **A T E N T A M E N T E**

\_\_\_\_\_  
**Solicitante**

Calle: \_\_\_\_\_  
Colonia: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_  
R.F.C.: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

DECLARO QUE FUI ENTERADO DEL AVISO DE PRIVACIDAD DE DATOS, EN EL QUE SE CONTEMPLA EL TRATAMIENTO Y DERECHOS QUE SE PUEDEN EJERCER DE CONSIDERARLO NECESARIO.



## Manual de Recursos Humanos

### **Formato No. 26** **Reclamación para pago de siniestro por Fallecimiento**

Xalapa-Enríquez, Ver., a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

TITULAR DEL AREA DE RECURSOS HUMANOS  
DE LA SECRETARÍA FINANZAS PLANEACIÓN  
P R E S E N T E

El que suscribe C. **(Nombre del beneficiario sin abreviaturas)**, con domicilio en **(calle, numero exterior/interior, colonia, código postal)**, en **(ciudad)**, por este conducto me permito solicitar a Usted de la manera más atenta el pago del **(\_\_%) del Seguro Institucional por Fallecimiento** que me corresponde como beneficiario del finado **(Nombre del asegurado sin abreviaturas)**, quien fuera trabajador de la **(Secretaría donde laboró)** y quien causo baja por fallecimiento el día **(fecha del Fallecimiento)**.

- Formato único para la designación de beneficiarios (En original).
- Acta de defunción del trabajador (En copia certificada).
- Acta de nacimiento del trabajador y del beneficiario (En copias certificadas).
- Identificación oficial del trabajador y del beneficiario (En copias certificada)
- Aviso de movimiento de baja por fallecimiento (En copias certificada)
- Último talón de sueldo (En Fotocopia)
- Comprobante de domicilio del beneficiario (En Fotocopia)
- Estado de cuenta bancario del beneficiario (En Fotocopia)

Sin más por el momento y esperando verme favorecido con mi petición, me despido de Usted.

**ATENTAMENTE**

**Nombre y firma del beneficiario**

***(sin abreviaturas)***

## Manual de Recursos Humanos

### **Formato No. 27**

### **Reclamación para pago de siniestro por invalidez total y permanente**

Xalapa-Enríquez, Ver., a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

TITULAR DEL AREA DE RECURSOS HUMANOS  
DE LA SECRETARÍA FINANZAS PLANEACIÓN  
P R E S E N T E

El que suscribe C. **(Nombre del beneficiario sin abreviaturas)**, con domicilio en **(calle, numero exterior/interior, colonia, código postal)**, en **(ciudad)**., por este conducto me permito solicitar a Usted de la manera más atenta el pago del **100% Seguro Institucional por Invalidez Total o Permanente**, que me corresponde como trabajador de la **(Secretaría donde laboró)**, causando baja de la Dependencia a partir del día **(fecha del movimiento de baja)** y del IMSS, pronosticó "Malo Para la Función" mediante la Nota-Médica, a partir del día **(fecha del nota medica)** , y para lo cual adjunto la siguiente documentación:

- Nota Médica, expedida por autoridad competente, (En copia certificada)
- Acta de nacimiento del trabajador (En copia certificada)
- Aviso de Baja por Invalidez Total y Permanente (En copia certificada)
- Talón de sueldo (fotocopia)
- Identificación oficial del trabajador (fotocopia)
- Comprobante de domicilio (fotocopia)
- Estado de cuenta bancario (fotocopia)

Sin más por el momento y esperando verme favorecido con mi petición, me despido de Usted.

**ATENTAMENTE**

**Nombre y firma del asegurado o beneficiarios**  
***(sin abreviaturas)***

## Manual de Recursos Humanos

### **Formato No. 28**

#### **Formato de integración y autorización de expediente para pago de siniestros del seguro institucional (Fallecimiento)**

Con fundamento en lo dispuesto en los artículos 20 fracción XLVIII de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave; 136 fracción IV de la Ley Estatal de Servicio Civil de Veracruz; 30 fracción L del Reglamento Interior de la Secretaría de Finanzas y Planeación, y con la finalidad de dar cumplimiento a lo señalado en el Capítulo VI artículo 54 del Decreto de Presupuesto de Egresos del Gobierno del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave vigente, relativa a la prestación laboral traducida en la indemnización a que tienen derecho los trabajadores o sus beneficiarios, establecida en la cláusula 77 de las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz, así como lo previsto en el Capítulo VI del Marco Normativo de Percepciones y Deducciones para las Dependencias del Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, y considerando que el Estado debe cumplir con las obligaciones derivadas de las disposiciones legales que anteceden, y toda vez que se ha verificado que el expediente de reclamación está debidamente integrado, es procedente atender la solicitud del beneficiario del servidor público cuyos datos a continuación se detallan:

|                               |                     |                                   |
|-------------------------------|---------------------|-----------------------------------|
| <b>Nombre del trabajador:</b> |                     |                                   |
| <b>Motivo de la baja:</b>     | FALLECIMIENTO       |                                   |
| <b>Fecha del siniestro:</b>   |                     |                                   |
| <b>Dependencia:</b>           |                     |                                   |
| <b>Categoría:</b>             | _____               | (sueldo tabular mensual \$ _____) |
| <b>Suma asegurada:</b>        | \$ _____            | (40/60 meses de sueldo tabular)   |
| <b>Beneficiarios:</b>         | (parentesco) _____% |                                   |

#### **DOCUMENTACIÓN ANEXA:**

|   | <b>ORIGINAL</b> | <b>COPIA<br/>CERTIFICADA</b> | <b>FOTOCOPIA</b> |
|---|-----------------|------------------------------|------------------|
| • Carta de reclamación de la beneficiaria       | ( )             | ( )                          | ( )              |
| • Formato Único de Designación de Beneficiarios | ( )             | ( )                          | ( )              |
| • Acta de defunción de la trabajadora           | ( )             | ( )                          | ( )              |
| • Acta de nacimiento de la trabajadora          | ( )             | ( )                          | ( )              |
| • Acta de nacimiento de la beneficiaria         | ( )             | ( )                          | ( )              |
| • Aviso de baja por fallecimiento               | ( )             | ( )                          | ( )              |
| • Último talón de sueldo                        | ( )             | ( )                          | ( )              |
| • Identificación oficial de la trabajadora      | ( )             | ( )                          | ( )              |
| • Identificación oficial de la beneficiaria     | ( )             | ( )                          | ( )              |
| • Comprobante de domicilio de la beneficiaria   | ( )             | ( )                          | ( )              |
| • Estado de cuenta bancario de la beneficiaria  | ( )             | ( )                          | ( )              |

Xalapa, Ver., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

**Elaboró:**

**Revisó:**

**Autorizó:**

\_\_\_\_\_  
Jefe del Departamento de Seguridad Social

\_\_\_\_\_  
Subdirector de Recursos Humanos

\_\_\_\_\_  
Director General de Administración

### **Formato No. 29**

## Manual de Recursos Humanos

### **Carta de Responsabilidad de Tutoría del Seguro Institucional por Fallecimiento**

Xalapa-Enríquez, Ver., a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

TITULAR DEL AREA DE RECURSOS HUMANOS  
DE LA SECRETARÍA FINANZAS PLANEACIÓN  
P R E S E N T E

Por este medio me dirijo a Usted para informarles “bajo protesta de decir verdad” que soy la única persona que tiene la custodia y patria potestad de mi **(nombre (s) completo sin abreviaciones del beneficiario (a) menor de edad)**, razón por la cual y en nombre de mi menor hija, respetuosamente solicito el pago del Seguro Institucional y los alcances salariales a que tuviera derecho con motivo del fallecimiento del **(Nombre completo sin abreviaciones del asegurado)** quien fuera trabajador de la **(Secretaría donde laboro)** y causara baja por fallecimiento el **(fecha de defunción)**.

Reitero a esa Secretaría de Finanzas y Planeación, que en caso de faltar a la verdad, independientemente de los ilícitos que pudieran tipificarse en materia penal, me obligo a devolverles en un plazo de cinco días a partir de la fecha de requerimiento, la cantidad pagada y recibida indebidamente, con el importe de los daños y perjuicios que les hubiera causado.

**ATENTAMENTE**

FIRMA: **(Firma del tutor (a) legal del beneficiario (a) menor de edad)**  
NOMBRE: **(Nombre del tutor (a) legal del beneficiario (a) menor de edad)**  
IDENTIFICACION: Credencial de Elector número de folio

**TESTIGO**

**TESTIGO**

FIRMA: **(Firma del primer testigo)**  
NOMBRE: : **(Nombre del primer testigo)**  
Identificación: Credencial de Elector número de folio

FIRMA: **(Firma del segundo testigo)**  
NOMBRE: **(Nombre del segundo testigo)**  
Identificación: Credencial de elector número de folio

## Manual de Recursos Humanos

### Formato No. 30

### Formato de integración y autorización de expediente para pago de siniestros del seguro institucional (Invalidez total y permanente)

Con fundamento en lo dispuesto en los artículos 20 fracción XLVIII de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave; 136 fracción IV de la Ley Estatal de Servicio Civil de Veracruz; 30 fracción L del Reglamento Interior de la Secretaría de Finanzas y Planeación, y con la finalidad de dar cumplimiento a lo señalado en el Capítulo VI artículo 54 del Decreto de Presupuesto de Egresos de Egresos del Gobierno del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave vigente, relativa a la prestación laboral traducida en la indemnización a que tienen derecho los trabajadores o sus beneficiarios, establecida en la cláusula 77 de las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz, así como lo previsto en el Capítulo VI del Marco Normativo de Percepciones y Deducciones para las Dependencias del Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, y considerando que el Estado debe cumplir con las obligaciones derivadas de las disposiciones legales que anteceden, y toda vez que se ha verificado que el expediente de reclamación está debidamente integrado, es procedente atender la solicitud del beneficiario del servidor público cuyos datos a continuación se detallan:

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| <b>Nombre del trabajador:</b> |   |
| <b>Motivo de la baja:</b>     | <b>INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE</b>     |
| <b>Fecha del siniestro:</b>   |   |
| <b>Dependencia:</b>           |   |
| <b>Categoría:</b>             | _____ (sueldo tabular mensual \$_____)  |
| <b>Suma asegurada:</b>        | \$_____ (40/60 de meses sueldo tabular) |

#### DOCUMENTACIÓN ANEXA:

**ORIGINAL**                      **COPIA  
CERTIFICADA**                      **FOTOCOPIA**

|  |        |        |        |
|--|--------|--------|--------|
| • Carta de reclamación del trabajador                          | (    ) | (    ) | (    ) |
| • Nota Médica, expedida por autoridad competente               | (    ) | (    ) | (    ) |
| • Acta de nacimiento del trabajador                            | (    ) | (    ) | (    ) |
| • Aviso de movimiento de baja por invalidez total y permanente | (    ) | (    ) | (    ) |
| • Último talón de sueldo                                       | (    ) | (    ) | (    ) |
| • Identificación oficial del trabajador                        | (    ) | (    ) | (    ) |
| • Constancia de residencia del trabajador                      | (    ) | (    ) | (    ) |
| • Estado de cuenta bancario del trabajador                     | (    ) | (    ) | (    ) |

Xalapa, Ver., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

**Elaboró:**

**Revisó:**

**Autorizó:**

\_\_\_\_\_  
Jefe del Departamento de Seguridad Social

\_\_\_\_\_  
Subdirector de Recursos Humanos

\_\_\_\_\_  
Director General de Administración

## Manual de Recursos Humanos

### **Formato No. 31** **Reclamación para Pago del Seguro de Retiro**

Xalapa, Ver., a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

TITULAR DEL ÁREA DE RECURSOS HUMANOS  
DE LA SECRETARÍA FINANZAS PLANEACIÓN  
P R E S E N T E

El que suscribe C. **(Nombre del trabajador )**, con domicilio en **(calle, número exterior/interior, colonia, código postal)**, en **(ciudad)**., por este conducto me permito solicitar a Usted de la manera más atenta el pago del **Seguro de Retiro** que me corresponde por haber **trabajado (años de servicio)** en la **(Secretaría donde laboró)**, causando baja por **(motivo de la baja)** a partir del día **(fecha de la baja)**, y para lo cual adjunto la siguiente documentación:

- Movimiento de Personal de Baja (Copia certificada)
- Hoja de servicios (Fotocopia)
- Identificación oficial del trabajador (Fotocopia)
- Estado de cuenta bancario del trabajador (Fotocopia)

Sin más por el momento y esperando verme favorecido con mi petición, me despido de Usted.

**ATENTAMENTE**

**Nombre y firma del trabajador**

***(sin abreviaturas)***

## Manual de Recursos Humanos

### **Formato No. 32**

### **Reclamación para Pago del Seguro de Vida y Pago de Marcha**

Xalapa, Ver., a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

TITULAR DEL AREA DE RECURSOS HUMANOS  
DE LA SECRETARÍA FINANZAS PLANEACIÓN  
P R E S E N T E

El que suscribe C. **(Nombre del beneficiario sin abreviaturas)**, con domicilio en **(calle, numero exterior/interior, colonia, código postal)**, en **(ciudad)**., por este conducto me permito solicitar a Usted de la manera más atenta el pago del **Seguro de Vida y Pago de Marcha** que me corresponde como beneficiario del finado **(Nombre del pensionado sin abreviaturas)**, quien fuera trabajador de la **(Secretaría donde laboró)** y quien causo baja por fallecimiento el día **(fecha del Fallecimiento)**.

Sin más por el momento y esperando verme favorecido con mi petición, me despido de Usted.

**ATENTAMENTE**

**Nombre y firma del beneficiario**

***(sin abreviaturas)***

## Manual de Recursos Humanos

### Formato No. 33

### Designación de Beneficiarios del Seguro de Vida y Pago de Marcha

#### DESIGNACION DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA Y PAGO DE MARCHA DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE VERACRUZ DE IGNACIO DE LA LLAVE

#### DATOS GENERALES DEL EMPLEADO

|                |  |           |
|----------------|--|-----------|
| _____          | _____  | _____     |
| R.F.C.         | APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRE (S) | TELEFONO  |
| _____          | _____  | _____     |
| CALLE Y NUMERO | LOCALIDAD                                      | MUNICIPIO |

#### DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

|   | NOMBRE | DOMICILIO | PARENTESCO | PORCENTAJE | EDAD | TELEFONO |
|---|--------|-----------|------------|------------|------|----------|
| 1 |        |           |            |            |      |          |
| 2 |        |           |            |            |      |          |
| 3 |        |           |            |            |      |          |
| 4 |        |           |            |            |      |          |
| 5 |        |           |            |            |      |          |
| 6 |        |           |            |            |      |          |

#### PARA SER LLENADO EN CASO DE BENEFICIARIOS MENORES DE EDAD

|   | TUTOR (ES) | DOMICILIO | PARENTESCO | TELEFONO |
|---|------------|-----------|------------|----------|
| 1 |            |           |            |          |
| 2 |            |           |            |          |

\_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL EMPLEADO



## Manual de Recursos Humanos

### **Formato No. 33** **Instructivo de llenado de la Designación de Beneficiarios del Seguro de Vida y** **Pago de Marcha**

| <b>APARTADO – DATOS GENERALES DEL EMPLEADO</b> |   |
|--|---|
| <b>Donde dice:</b>                             | <b>Deberá decir:</b>  |
| R.F.C.:  | Anotar el Registro Federal de Contribuyentes del trabajador a 13 posiciones.  |
| NOMBRE:  | Anotar el nombre completo del trabajador ( <i>comenzando por apellido paterno, apellido materno y nombre (s), sin abreviaturas</i> ). |
| TELÉFONO:                                      | Anotar el número telefónico personal del trabajador.  |
| DOMICILIO:                                     | Anotar la dirección del domicilio particular del trabajador ( <i>calle, número exterior/interior,</i> ).                              |
| LOCALIDAD:                                     | Anotar la localidad donde radica el trabajador.   |
| MUNICIPIO:                                     | Anotar el Municipio donde reside el trabajador.   |

| <b>APARTADO – DATOS DE LOS BENEFICIARIOS</b> |   |
|--|---|
| <b>Donde dice:</b>                           | <b>Deberá decir:</b>  |
| NOMBRE:                                      | Anotar el nombre completo del beneficiario ( <i>sin abreviaturas</i> ).   |
| DOMICILIO:                                   | Anotar el domicilio particular del beneficiario ( <i>calle, número</i> ).   |
| PARENTESCO:                                  | Anotar el parentesco que tenga el beneficiario con el trabajador.   |
| PORCENTAJE:                                  | Anotar el porcentaje que el trabajador le asigne al beneficiario.   |
| EDAD:  | Anotar la edad del beneficiario.  |
| TELÉFONO:                                    | Anotar el número telefónico personal del beneficiario.  |
| LUGAR Y FECHA:                               | Anotar <b>Xalapa, Veracruz</b> acompañado de: la fecha en la cual se llenó el formato. ( <i>día, mes y año</i> ).   |
| FIRMA:                                       | El trabajador deberá firmar, dicha firma debe coincidir con la credencial de elector, debe ser autógrafa y firmar de preferencia con tinta de color azul. |

**Importante:** El formato deberá ser llenado con letra clara, de preferencia de máquina, y no será válido si presenta abreviaturas, borrones, tachaduras o enmendaduras.

## Manual de Recursos Humanos

### **Formato No. 34** **Reclamación para Pago del Finiquito**

Xalapa, Ver., a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

TITULAR DEL AREA DE RECURSOS HUMANOS  
DE LA SECRETARÍA FINANZAS PLANEACIÓN  
P R E S E N T E

El que suscribe C. **(Nombre del beneficiario sin abreviaturas)**, con domicilio en **(calle, numero exterior/interior, colonia, código postal)**, en **(ciudad)**., por este conducto me permito solicitar a Usted de la manera más atenta el pago del **FINIQUITO** que me corresponde como beneficiario del finado **(Nombre del asegurado sin abreviaturas)**, quien fuera trabajador de la **(Secretaría donde laboró)** y quien causo baja por fallecimiento el día **(fecha de fallecimiento)**.

Sin más por el momento y esperando verme favorecido con mi petición, me despido de Usted.

**ATENTAMENTE**

**Nombre y firma del beneficiario**

***(sin abreviaturas)***

# Manual de Recursos Humanos

## **Formato No. 35** **Hoja de Servicios (Anverso)**



VERACRUZ  
GOBIERNO  
DEL ESTADO

SECRETARIA DE FINANZAS Y PLANEACION  
SUBSECRETARIA DE FINANZAS Y ADMINISTRACION  
SUBDIRECCION DE RECURSOS HUMANOS

PAGINA: 1

### HOJA DE SERVICIOS

|                  |  |                  |  |              |           |
|------------------|--|------------------|--|--------------|-----------|
| APELLIDO PATERNO |  | APELLIDO MATERNO |  | NOMBRE (S)   |           |
|                  |  |                  |  |              |           |
| R.F.C.           |  | CURP             |  | No. PERSONAL | No. PLAZA |
|                  |  |                  |  |              |           |

|              |
|--------------|
| CATEGORIA:   |
| CARACTER:    |
| DEPENDENCIA: |
| UBICACION:   |
| ADSCRIPCION: |

#### ANTIGÜEDAD

AÑOS MESES DIAS

|                 |
|-----------------|
| ANTIGÜEDAD BASE |
|-----------------|

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|

|  |
|--|
| OBSERVACIONES:   |
| SUELDO TABULAR VIGENTE A LA FECHA DE ELABORACION/BAJA : \$ |

PARA USO EXCLUSIVO DE TRAMITES ANTE EL INSTITUTO DE PENSIONES DEL ESTADO DE VERACRUZ

XALAPA, VER., A \_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 2024

VALIDÓ

\_\_\_\_\_  
SUBDIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS

ELABORÓ

\_\_\_\_\_  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD SOCIAL

\_\_\_\_\_  
JEFE DE OFICINA DE SEGURIDAD SOCIAL Y  
CONTROL DE ANTIGÜEDAD

# Manual de Recursos Humanos

## **Formato No. 35** **Hoja de Servicios (Reverso)**



**VERACRUZ**  
GOBIERNO  
DEL ESTADO

**SECRETARIA DE FINANZAS Y PLANEACION**  
SUBSECRETARIA DE FINANZAS Y ADMINISTRACION  
SUBDIRECCION DE RECURSOS HUMANOS

PAGINA: 2

### HOJA DE SERVICIOS

|                  |  |                  |  |            |         |          |
|------------------|--|------------------|--|------------|---------|----------|
| APELLIDO PATERNO |  | APELLIDO MATERNO |  | NOMBRE (S) |         |          |
|                  |  |                  |  |            |         |          |
| DEPENDENCIA      |  |                  |  | CATEGORIA  |         |          |
| CARACTER         |  | MOTIVO           |  | FECHAS     |         | DURACION |
|                  |  |                  |  | INICIO     | TERMINO | AÑOS     |

|     |                    |  | ANTIGÜEDAD |       |      |
|-----|--------------------|--|------------|-------|------|
|     |                    |  | AÑOS       | MESES | DIAS |
| (*) | + HOJA DE AVANCE:  |  |            |       |      |
|     | - TIEMPO DEDUCIDO: |  |            |       |      |
|     | ANTIGÜEDAD TOTAL:  |  |            |       |      |

(\*) HOJA DE AVANCE: TIEMPO RECONOCIDO POR EL SECTOR SALUD,  
POR LA ACADEMIA DE POLICIA Y OTROS

## Manual de Recursos Humanos

### **Formato No. 35** **Instructivo de llenado de la Hoja de Servicios**

| <b>Donde dice:</b>               | <b>Deberá decir:</b>   |
|----------------------------------|--|
| APELLIDO PATERNO:                | Anotar el Apellido Paterno del trabajador <i>(sin abreviaturas)</i> .  |
| APELLIDO MATERNO:                | Anotar el Apellido Paterno del trabajador <i>(sin abreviaturas)</i> .  |
| NOMBRE (S):                      | Anotar el nombre o nombres del trabajador <i>(sin abreviaturas)</i> .  |
| R.F.C.:                          | Anotar el Registro Federal de Contribuyentes del trabajador a 13 posiciones.   |
| C.U.R.P.:                        | Anotar la Clave Única de Registro de Población del trabajador a 18 posiciones.   |
| Nº DE PERSONAL:                  | Anotar el número de personal del trabajador.   |
| Nº DE PLAZA:                     | Anotar el número de plaza del trabajador. *  |
| CATEGORÍA:                       | Anotar la categoría actual del trabajador. *   |
| CARÁCTER:                        | Anotar Titular o Interino; únicamente si el trabajador tiene base definitiva.  |
| DEPENDENCIA:                     | Anotar el nombre de la Dependencia de adscripción donde labora el trabajador.  |
| UBICACIÓN:                       | Anotar de acuerdo a la Estructura Orgánica, el lugar de adscripción donde labora el trabajador.  |
| ADSCRIPCIÓN:                     | Anotar el lugar físico donde labora el trabajador.   |
| AÑO:                             | Anotar los años laborados del trabajador, de acuerdo a la fecha de elaboración de dicho formato.   |
| MESES:                           | Anotar los meses laborados del trabajador, de acuerdo a la fecha de elaboración de dicho formato.  |
| DÍAS:                            | Anotar los días laborados del trabajador, de acuerdo a la fecha de elaboración de dicho formato.   |
| OBSERVACIONES:                   | Anotar alguna información específica de la situación laboral actual del trabajador <i>(motivo de baja, licencias, permisos, etc)</i> .             |
| SUELDO TABULAR :                 | Anotar el sueldo tabular actual del trabajador, de acuerdo a la fecha de elaboración de dicho formato.   |
| FECHA:                           | Anotar día, mes y año de la elaboración de dicho formato.  |
| VALIDÓ / ELABORÓ:                | Anotar el nombre completo y cargo de las personas responsables en su elaboración.  |
| HISTORIAL DE CATEGORÍA OCUPADAS: | Anotar el historial laboral del trabajador, mencionando: Dependencia, motivo, fecha de inicio y duración (años, meses y días) de dicho movimiento. |
| HOJA DE AVANCE:                  | Anotar el tiempo laborado reconocido, dentro de cualquier ente en la Administración Pública Estatal, años, meses y días.                           |
| TIEMPO DEDUCIDO:                 | Si el trabajador solicitó alguna de licencia sin goce de sueldo, anotar la duración de dicha licencia por años, meses y días.                      |
| ANTIGÜEDAD TOTAL:                | La suma o resta del tiempo laborado reconocido por el trabajador.  |

\* Dicha información se obtiene en las descripciones del talón de pago.

## Manual de Recursos Humanos

### **Formato No. 36** **Cédula Precensal**

LOGOTIPO DE LA  
SECRETARIA  
CORRESPONDIENTE

CÉDULA PRECENSAL

**NOMBRE DEPENDENCIA**  
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

#### DATOS BASICOS DEL TRABAJADOR PARA SU AFILIACION AL I.M.S.S.:

1.- NOMBRE COMPLETO DEL TRABAJADOR:

\_\_\_\_\_

APELLIDO PATERNO                      APELLIDO MATERNO                      NOMBRE(S)

2.- NUMERO DE PERSONAL: \_\_\_\_\_ C.U.R.P. \_\_\_\_\_  
R.F.C.(con homo clave) \_\_\_\_\_

3.- NUMERO DE SEG. SOCIAL: \_\_\_\_\_

4.- DEPENDENCIA EN QUE LABORA: \_\_\_\_\_ U.P.: \_\_\_\_\_

5.- CENTRO DE TRABAJO:

6.- OCUPACION DEL TRABAJADOR (CATEGORIA): \_\_\_\_\_

7.- FECHA DE INGRESO AL TRABAJO:

\_\_\_\_\_

DIA    MES    AÑO

8.- SALARIO DIARIO: \_\_\_\_\_

9.- SEXO:                      MASCULINO ( )                      FEMENINO ( )

10.- FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

11.- LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ MUNICIPIO                      ESTADO

12.- DOMICILIO PARTICULAR

CALLE Y NUMERO: \_\_\_\_\_

COLONIA: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

MUNICIPIO Y ENTIDAD: \_\_\_\_\_

13.- NOMBRE DE LOS PADRES (AUN FINADOS)

PADRE: \_\_\_\_\_

MADRE: \_\_\_\_\_

**NOTA:** LA CLINICA SE ASIGNA DEPENDIENDO DEL DOMICILIO PARTICULAR DEL TRABAJADOR.

## Manual de Recursos Humanos

### **Formato No. 36** **Instructivo de llenado de la Cédula Precensal**

| <b>Donde dice:</b>                       | <b>Deberá decir:</b>   |
|--|--|
| 1. Nombre completo del servidor público: | En caso de tener dos o más nombres, deberán anotarse sin abreviaturas.   |
| 2. Número de personal:                   | Anotar el número de personal que se le asigne, CURP Clave Única de Población y RFC con homoclave.  |
| 3. Número de seguridad social:           | Anotar el número de afiliación que le hubieran otorgado, en caso de no tenerlo, el servidor público deberá tramitarlo ante la oficina de afiliación y vigencia que le corresponda. |
| 4. Dependencia en que labora:            | Anotar el nombre de la Dependencia en la que presta sus servicios, y la unidad presupuestal (U.P.) .   |
| 5. Centro de trabajo:                    | Anotar el nombre del centro de trabajo, (departamento, subdirección, dirección, etc.).   |
| 6. Ocupación del servidor público:       | Anotar la categoría que corresponda al servidor público.   |
| 7. Fecha de ingreso al trabajo:          | Día, mes y año de ingreso a laborar del servidor público.  |
| 8. Salario diario:                       | Anotar el salario diario que de acuerdo a la categoría, le corresponde al servidor público.  |
| 9. Sexo:                                 | Anotar el sexo del servidor público.   |
| 10. Fecha de nacimiento:                 | Anotar el año, mes y día.  |
| 11. Lugar de nacimiento:                 | Escribir el lugar de nacimiento del servidor público: localidad, municipio y estado.   |
| 12. Domicilio particular:                | Anotar el domicilio actual del servidor público.   |
| 13. Nombre de los padres:                | Anotar el nombre completo de los padres, aún finados.  |

## Manual de Recursos Humanos

### **Formato No. 37** **Modificación de Salarios**

| LOGOTIPO DE LA DEPENDENCIA<br>CORRESPONDIENTE (d)   |                        |     |        |                         |                |                                |                          |          |
|---|------------------------|-----|--------|-------------------------|----------------|--------------------------------|--------------------------|----------|
| NOMBRE DE LA SECRETARIA (a)<br>SUBDIRECCION DE RECURSOS HUMANOS (b)<br><br>MOVIMIENTOS DE MODIFICACION DE SALARIO<br>___ de _____ 20___ (c) |                        |     |        |                         |                |                                |                          |          |
| NO°   | UNIDAD<br>PRESUPUESTAL | RFC | NOMBRE | N° AFILIACION<br>(IMSS) | N°<br>PERSONAL | SALARIO<br>DIARIO<br>INTEGRADO | FECHA DE<br>MODIFICACIÓN | CONCEPTO |
|   |                        |     |        |                         |                |                                |                          |          |
|   |                        |     |        |                         |                |                                |                          |          |
|   |                        |     |        |                         |                |                                |                          |          |
| (1)   | (2)                    | (3) | (4)    | (5)                     | (6)            | (7)                            | (8)                      | (9)      |
|   |                        |     |        |                         |                |                                |                          |          |
|   |                        |     |        |                         |                |                                |                          |          |

- (a) Nombre de la Secretaría que envía la modificación
- (b) Departamento que elabora la integración de la información.
- (c) Fecha de elaboración del formato.
- (d) Escudo de la Dependencia
  
- (1) Número consecutivo del listado a modificar.
- (2) Unidad Presupuestal a 9 dígitos.
- (3) RFC con homoclave del personal a modificar.
- (4) Nombre del trabajador.
- (5) Número de afiliación del trabajador.
- (6) Número de personal del trabajador.  
Salario Diario Integrado de la Nómina (Base, Contrato, ETA o Asimilados, según sea el caso).
- (7) Fecha a partir de la cual se llevara a cabo la modificación.
- (8) Fecha a partir de la cual se llevara a cabo la modificación.
- (9) Concepto del movimiento del Salario Diario Integrado



## Formato No. 38

### Autorización para la Adquisición de Lentes, Aparatos Ortopédicos y Auditivos



## SOLICITUD DE AYUDA PARA LA ADQUISICIÓN DE LENTES, APARATOS ORTOPÉDICOS Y AUDITIVOS

Cláusula 75 de las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz 202\_-202\_.

Xalapa, Ver., a, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 202

XXXXXXXXXX  
DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN  
SECRETARÍA DE FINANZAS Y PLANEACIÓN  
P R E S E N T E.

Con la finalidad de obtener el beneficio, adjunto receta médica y cotización, una vez recibido el recurso en la nómina, me comprometo a entregar en un lapso máximo de 15 días naturales, la factura a nombre de la Secretaría de Finanzas y Planeación, en la cual se especifique mi nombre y los detalles de la receta, en caso contrario, autorizo a la Secretaría a realizar el descuento por el monto recibido, así como la aplicación de la sanción que corresponda en términos del artículo 30 Fracción XI de la Ley Estatal del Servicio Civil.

|                           |       |              |       |
|---------------------------|-------|--------------|-------|
| RFC:                      | _____ | NOMBRE:      | _____ |
| NÚMERO DE PERSONAL:       | _____ | ADSCRIPCIÓN: | _____ |
| SITUACIÓN ADMINISTRATIVA: | _____ | DEPENDENCIA: | _____ |
| CLAVE SINDICAL:           | _____ | FOLIO:       | _____ |
| PUESTO:                   | _____ |              |       |

|                                |       |       |       |
|--------------------------------|-------|-------|-------|
| FOLIO Y FECHA DE LA RECETA:    | _____ |       |       |
| QUINCENA DE DEPÓSITO DE APOYO: | _____ | TEL.: | _____ |

SOLICITA  
FIRMA DEL EMPLEADO (A)

REvisa  
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE CONTROL DE PERSONAL

SELLO DE RECIBIDO

Vo.Bo.  
SUBDIRECTORA DE RECURSOS  
HUMANOS

AUTORIZA  
DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN

Este formato no puede ser modificado, ni alterados los datos de los documentos oficiales que se adjuntan, toda vez que podrían constituir el delito de falsificación de documentos y hacerse acreedor a lo previsto en la Legislación Penal aplicable.  
La Secretaría de Finanzas y Planeación del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz, es responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley 316 de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, y demás normatividad que resulte aplicable. Utilizará sus datos personales recabados en la presente, para el registro, gestión y cumplimiento de los derechos y obligaciones derivadas de las relaciones laborales establecidas con los trabajadores a su servicio, en este sentido, declaro que fui enterado (a) del aviso de privacidad de datos, en el que se contempla el tratamiento y derechos que se pueden ejercer de considerarlo necesario, fácilmente consultable en: <http://www.veracruz.gob.mx/finanzas/avisosdeprivacidad/>

## Manual de Recursos Humanos

### **Formato No. 38** **Instructivo de Llenado de la Autorización para la Adquisición de Lentes,** **Aparatos Ortopédicos y Auditivos**

| <b>Donde dice:</b>                 | <b>Deberá decir:</b>   |
|------------------------------------|--|
| 1. Fecha de elaboración:           | Fecha de expedición del formato.   |
| 2. Dirigido:                       | Nombre completo y cargo del Director General de Administración u Homologo de la Dependencia.   |
| 3. R.F.C:                          | Registro Federal de Contribuyentes del servicio público, con homoclave.  |
| 4. Nombre:                         | Nombre completo del servidor público, sin abreviaturas.  |
| 5. Número de personal:             | Número de personal del Servidor Público.   |
| 6. Área de adscripción:            | Área de Adscripción donde presta sus servicios el Servidor Público.  |
| 7. Situación administrativa:       | Base, Contrato o ETA (según corresponda).  |
| 8. Dependencia:                    | Dependencia en la que labora el Servidor Público.  |
| 9. Clave Sindical:                 | Clave del Sindicato al que está adscrito el Servidor Público   |
| 10. Folio:                         | Folio asignado para el trámite correspondiente.  |
| 11. Puesto:                        | Código y nombre del Puesto que ocupa el Servidor Público.  |
| 12. Folio y fecha de la receta:    | Folio y fecha emitida por el especialista.   |
| 13. Quincena de depósito de apoyo: | Quincena en la que se programa el pago de la solicitud correspondiente.  |
| 14. Teléfono:                      | Número telefónico del solicitante.   |
| 15. Solicita:                      | Firma del servidor público que solicita el apoyo.  |
| 16. Revisa:                        | Nombre completo y firma del Jefe de Departamento u Homologo a la que pertenece el servidor público.                                    |
| 17. Visto Bueno:                   | Nombre completo y firma de la Subdirección u Homologo a la que pertenece el área de adscripción del servidor público.                  |
| 18. Autorizó:                      | Nombre completo y firma del Titular de la Dirección de Área u Homologo a la que pertenece el área de adscripción del servidor público. |
| 19. Sello de recibido              | Sello con fecha del área que recibe la solicitud.  |

Nota:

Este formato deberá ser llenado por el área de Recursos Humanos de la Dependencia.

# Manual de Recursos Humanos

## Formato No. 39

### Solicitud de becas para los hijos del personal sindicalizado



#### SOLICITUD DE BECA PARA HIJAS E HIJOS DEL PERSONAL SINDICALIZADO ADSCRITO A LAS DEPENDENCIAS DEL PODER EJECUTIVO

(PERÍODO \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 202\_\_)

Xalapa, Ver., a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN  
SECRETARÍA DE FINANZAS Y PLANEACIÓN  
P R E S E N T E.

Con fundamento en la Cláusula 79 de las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz 202\_-202\_\_, solicito su autorización para la asignación de una Beca Académica, en beneficio de mi hijo (a), se adjunta los documentos requeridos en la convocatoria para la gestión del trámite.

#### DATOS DEL PERSONAL TRABAJADOR

RFC: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_  
NÚMERO DE PERSONAL: \_\_\_\_\_ ADSCRIPCIÓN: \_\_\_\_\_  
SITUACIÓN ADMINISTRATIVA: \_\_\_\_\_ DEPENDENCIA: \_\_\_\_\_  
CLAVE SINDICAL: \_\_\_\_\_ FOLIO: \_\_\_\_\_  
PUESTO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

#### DATOS DEL ESTUDIANTE

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: ( ) AÑOS SEXO: FEMENINO ( ) MASCULINO ( )

#### DATOS DE LA ESCUELA

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_  
CLAVE: \_\_\_\_\_ NIVEL: PRIMARIA ( ) SECUNDARIA ( ) BACHILLERATO ( ) PROFESIONAL ( )  
GRADO CURSANDO: \_\_\_\_\_ GRADO ANTERIOR: \_\_\_\_\_ PROMEDIO DEL GRADO ANTERIOR: \_\_\_\_\_  
LOCALIDAD/MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ MUY ALTA MARGINACIÓN: SI ( ) NO ( )

#### DATOS DE LA ESCUELA ANTERIOR (EN CASO DE CAMBIO DE NIVEL O INSTITUCIÓN)

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_  
CLAVE: \_\_\_\_\_ NIVEL: PRIMARIA ( ) SECUNDARIA ( ) BACHILLERATO ( ) PROFESIONAL ( )  
GRADO CURSADO: \_\_\_\_\_ LOCALIDAD/MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

SOLICITA

Vo.Bo.


AUTORIZA

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
EMPLEADO(A)

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
SUBDIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN

Este formato no puede ser modificado, al igual que los documentos oficiales de los requisitos que se adjuntan, no deben contener información alterada o modificada, toda vez que podrían constituir el delito de falsificación de documentos y hacerse acreedor a lo previsto en la Legislación Penal aplicable.  
La Secretaría de Finanzas y Planeación del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz, es responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley 316 de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, y demás normalidad que resulte aplicable. Utilizará sus datos personales recabados en la presente: "solicitud de Beca", para el registro, gestión y cumplimiento de los derechos y obligaciones derivadas de las relaciones laborales establecidas con los trabajadores a su servicio, en este sentido, declaro que fui enterado del aviso de privacidad de datos, en el que se contempla el tratamiento y derechos que se pueden ejercer de considerarlo necesario, fácilmente consultable en: <http://www.veracruz.gob.mx/finanzas/avisosdeprivacidad/>



# **5. Desarrollo de Actividades Socioculturales y Deportivas**

### 5. Desarrollo de Actividades Socioculturales y Deportivas

En el marco de lo que establecen las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz, en el sentido de atender los aspectos que contribuyan a mejorar el ambiente laboral, se considera conveniente estructurar un Programa de Actividades de Esparcimiento.

En este sentido, el Programa principalmente estará orientado a cumplir con aquellas festividades homologadas a una prestación para los servidores públicos, entre las que pueden efectuarse de acuerdo a la disponibilidad presupuestal, destacan las siguientes:

#### 5.1 Día de Reyes

Entrega de juguetes a los hijos menores de los servidores públicos, con la finalidad de celebrar y promover la tradición del Día de Reyes, de acuerdo a la disponibilidad presupuestal de la Dependencia.

#### 5.2 Día del Niño

Se organiza un Evento para los hijos menores de los servidores públicos, a fin de recordar, promover e incentivar los derechos de los niños promulgados por la Organización de las Naciones Unidas, de acuerdo a la disponibilidad presupuestal de la Dependencia.

#### 5.3 Día de la Madre

Esta celebración tiene la finalidad de reconocer y resaltar la loable labor que las trabajadoras de las Dependencias realizan tanto para Gobierno del Estado como amas de casa en su familia. Por tanto, se ha instituido organizarles, un espectáculo, presentación, desayuno o comida, de acuerdo a la disponibilidad presupuestal de la Dependencia.

#### 5.4 Día del Padre

Durante las últimas décadas el concepto de equidad de género en la sociedad mexicana ha derivado que este festejo del día del padre tenga una connotación homogénea al día de la madre; en esa razón, se organiza para los padres servidores públicos de la Dependencia, eventos que van desde show, presentación de actores, deportes, desayuno o comida, de acuerdo a la disponibilidad presupuestal de la Dependencia.

#### 5.5 Día del Empleado

Es una manera de reconocer la labor de todos los servidores públicos que día a día representan al Poder Ejecutivo del Estado, favoreciendo el arraigo de los valores personales e institucionales. Una alternativa puede ser festejar con sorteo de regalos, donde participa toda la plantilla de trabajadores de la Dependencia.

### 5.6 Posada Navideña

En el marco de las festividades decembrinas se lleva a cabo la tradicional Posada Navideña con todos los servidores públicos, es un momento que permite la meditación de la conclusión de un año y el inicio de otro, evaluando las metas y un espacio donde se expresan los buenos deseos entre los colaboradores de la Dependencia.

### 5.7 Deportivas

Con la finalidad de promover las habilidades físicas a los empleados resulta importante establecer una serie de actividades de esta naturaleza, para lo cual se sugiere el desarrollo de torneos deportivos de las diversas disciplinas en las categorías varonil y femenil, siempre que se ajusten a las condiciones de equipamiento de cada Dependencia y a su disponibilidad presupuestal.

### 5.8 Otros

En el mismo sentido de contribuir a la convivencia y esparcimiento laboral, en el aspecto sociocultural se considera importante la implementación de actividades de esta índole, como por ejemplo pueden ser la competencia de canto, de poesía, concursos de cuentos infantiles, actividades del día del amor y la amistad, concurso de altar de día de muertos, concurso de piñatas, exposiciones, maratones, entre otros, que de acuerdo a las condiciones presupuestales cada Dependencia pueda establecer.

Finalmente, resulta importante llevar un control para la entrega de obsequios que la Institución proporciona a sus empleados. **(Véase Formato No. 40)**

## Manual de Recursos Humanos

### **Formato No. 40** **Registro de Servidores Públicos Premiados**

**Nombre del Evento:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

| No. | ARTÍCULO | SERVIDOR PÚBLICO | CENTRO DE TRABAJO | FIRMA Y FECHA DE RECIBIDO |
|-----|----------|------------------|-------------------|---------------------------|
|     |          |                  |                   |                           |
|     |          |                  |                   |                           |
|     |          |                  |                   |                           |
|     |          |                  |                   |                           |
|     |          |                  |                   |                           |
|     |          |                  |                   |                           |
|     |          |                  |                   |                           |

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Responsable  
del Evento

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Representante del  
Órgano Interno de Control de la CGE

## Manual de Recursos Humanos

### **Formato No. 40**

### **Instructivo de Llenado del Registro de Servidores Públicos Premiados**

Este formato está diseñado para registrar en el momento del sorteo, a los servidores públicos que se hacen acreedores a un premio en los eventos en que se llevan a cabo los mismos.

| <b>Donde dice:</b>                                | <b>Deberá decir:</b>   |
|---|--|
| 1. No. de Evento:                                 | Se anotará el nombre del evento.   |
| 2. Fecha:   | Se anotará el día, mes y año en que se realiza el evento.  |
| 3. No.:   | Se anotará el número de personas premiadas.  |
| 4. Artículo:                                      | Se anota el nombre del artículo sorteado.  |
| 5. Servidor Público:                              | Nombre completo y apellidos del premiado   |
| 6. Centro de Trabajo:                             | Nombre completo del área de adscripción a la que pertenece el empleado premiado.                                 |
| 7. Firma y Fecha de Recibido:                     | Firma del servidor público y fecha que recibe el premio.   |
| 8. Nombre y Firma del Responsable del Evento:     | Se registrará el nombre y firma del servidor público designado como responsable del evento.                      |
| 9. Nombre y firma del Representante de Auditoría: | Se registrará el nombre y firma del servidor público que designe el órgano interno de control en la Dependencia. |



# **6. Control de Asistencia, Permisos, Incidencias, Vacaciones y Descansos obligatorios**

### 6. Control de Asistencia, Permisos, Incidencias, Vacaciones y Descansos Obligatorios

#### 6.1 Control de Asistencia

Para efectos del control de asistencia, todos los servidores públicos registrarán su hora de entrada y salida a través de los dispositivos y controles que la Dependencia juzgue convenientes, según el horario asignado en su centro de trabajo. En este sentido, de acuerdo a lo dispuesto por la Cláusula 27 de las Condiciones Generales del Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz, la jornada de trabajo podrá ser:

- Diurna. Que es la comprendida entre las seis y las veinte horas; respetando la duración máxima de siete horas de jornada.
- Nocturna. Que es la comprendida entre las veinte y las seis horas del día siguiente; y
- Mixta. Que comprende fracciones de las jornadas diurna y nocturna, siempre que el periodo nocturno sea inferior a tres horas y media, pues de ser superior se computará como jornada nocturna.

Los titulares de las Dependencias serán responsables de establecer tales horarios, respetando siempre la duración máxima de siete horas de jornada señalada en los otorgamientos legales correspondientes, independientemente de las dos horas diarias por los servicios que se presten por concepto de "Turno Vespertino" o en su caso cuando la Gratificación Extraordinaria se haya otorgado por estos fines. (Cláusulas 29 y 34 de las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz).

Los trabajadores tendrán derecho, entre otros, a disfrutar de los permisos, descansos y vacaciones por el tiempo y los motivos que se establecen en las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz, como se describen a continuación.

#### 6.2 Permisos y Comisiones

Los servidores públicos podrán gozar de permisos para ausentarse de sus labores de acuerdo a lo estipulado en las Condiciones Generales del Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz, todos deberán ser tramitados en el área de control de asistencia de su Dependencia, cuando menos con un día de anticipación a la fecha de inicio, salvo casos debidamente justificados, a través del formato Solicitud de Permisos **(Véase formato No. 41)** o si la Dependencia cuenta con el Sistema Electrónico de Recursos Humanos, se gestionarán en la siguiente dirección electrónica: <http://intranet.veracruz.gob.mx>

De acuerdo a lo dispuesto en las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz existen diversos tipos de permisos los cuales se detallan a continuación:

### 6.2.1. Permiso Económico

El personal trabajador tiene derecho a solicitar hasta ocho días de permisos económicos al año, sin que excedan dos días al mes. (Cláusula 49 de las Condiciones Generales del Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz).

Estos permisos no se podrán acumular con el año siguiente, ni podrán unirse a los días siguientes:

- a) Lunes y viernes.
- b) Festivos y vacaciones.
- c) Licencias e incapacidades, salvo en caso de emergencia probada.

### 6.2.2. Permiso por Cuidados Médicos

Al trabajador se le podrá otorgar un permiso para cuidados médicos de un familiar (padre, madre, hijos(as), esposa o esposo) hasta por 8 días, hasta 3 veces al año, siempre y cuando sea expedida la constancia por el Instituto Mexicano del Seguro Social I.M.S.S. que avale tal situación y se hayan agotado sus permisos económicos. (Apéndice II. Permisos, Descansos, Licencias y Vacaciones de las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz).

### 6.2.3. Permiso por Duelo

Los servidores públicos tendrán derecho a permiso por duelo de acuerdo con el parentesco del familiar, en los términos siguientes:

- a) Madre, padre, cónyuge, hijas e hijos: seis días.
- b) Hermanos consanguíneos: cinco días.
- c) Abuelos y suegros: tres días.

No aplica en periodos vacacionales, en caso de cubrir guardias, éstas quedarán sin efecto.

### 6.2.4. Permiso por Dos Horas

El servidor público tiene derecho a solicitar tres permisos al mes, denominados de "dos horas" cada uno, los cuales cubren de 0 a 120 minutos, no fraccionables, para ausentarse del centro de trabajo (Cláusula 55 de las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz). Se autorizarán a solicitud del servidor público a través del Sistema Electrónico de Recursos Humanos, o mediante el formato de solicitud de permisos, con visto bueno del jefe inmediato, validado por el área de Recursos Humanos de la Dependencia.

### 6.2.5. Permiso para Estudiantes

Se le permitirá al servidor público correr su horario dos horas antes o después de la hora de salida o entrada oficial, siempre y cuando pruebe ante la jefatura de Recursos Humanos, ser estudiante regular y que solicite oficialmente esta facilidad. Tratándose de estudios de posgrado en los que el trabajador requiera correr su horario en algunos

## Manual de Recursos Humanos

días de su jornada, deberá reponerlo en el resto de la semana. Dicho corrimiento de horario no aplica si el personal trabajador realiza estudios en modalidad sabatina o virtual. (Cláusula 56 de las Condiciones Generales del Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz).

La aprobación de esta concesión, queda sujeta a criterio y a las necesidades propias del servicio de la Dependencia.

### 6.2.6. Permiso de Salida al IMSS

Se otorgará a la presentación de la tarjeta de citas, considerando la hora programada en esta última, una hora antes de la cita y dos horas después tratándose de cita con Médico General, y hasta tres horas y media después tratándose de cita con Médico Especialista, conforme a lo dispuesto por la Cláusula 57 y Disposiciones Generales de las Condiciones Generales del Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz.

Este permiso se solicitará por lo menos con un día de anticipación en el área de Servicio Médico de aquellas Dependencias que cuenten con el, o en su caso en el área de Recursos Humanos, presentando la tarjeta de citas del I.M.S.S. Posteriormente presentará el formato de solicitud de permisos con el sello de trabajo social de la clínica a la que haya acudido. **(Véase formato No. 41)**

Las Dependencias que cuenten con el Sistema Electrónico de Recursos Humanos, tramitarán los permisos mediante dicho sistema, para lo cual el servicio médico o el área de recursos humanos autorizará el mismo, informando a su jefe inmediato mediante correo electrónico, posteriormente presentará la receta o constancia médica de la clínica ante el servicio médico o al área de Recursos Humanos, cuando no exista la misma.

En caso que durante la jornada de trabajo el servidor público presentara algún problema de salud que por su naturaleza requiera atención médica urgente, se concederá el permiso correspondiente para que acuda al Instituto Mexicano del Seguro Social, justificándose este último hecho posteriormente con la incapacidad o receta médica que expida la institución de referencia, misma que deberá ser presentada oportunamente para este efecto. (Cláusula 57 de las Condiciones Generales del Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz).

### 6.2.7. Permiso para Comisión Sindical

Se permitirá a los servidores públicos faltar a su trabajo para desempeñar una comisión eventual o permanente de su Sindicato, siempre que avisen con la oportunidad debida.

Para tal efecto, el Sindicato realizará la solicitud del permiso correspondiente ante el área de Recursos Humanos con anticipación de por lo menos un día, y justificar plenamente las actividades a realizar.

Este tipo de permisos se otorgará en los siguientes términos:

- Todo el turno
- Entrada y/o salida

### 6.2.8. Permiso por Comisiones Oficiales (Internas y Externas)

Cuando un servidor público sea comisionado para realizar una actividad específica fuera de su centro de trabajo se deberá considerar lo siguiente:

#### **a) Periodos menores a treinta días:**

Estas comisiones, podrán ser autorizadas por los titulares del centro de trabajo que corresponda con el nivel mínimo de Director de Área, siempre que no sean otorgadas de manera consecutiva e informando al área de Recursos Humanos, a fin de evitar la aplicación de sanciones por incidencias.

Para tal efecto, se realizará el siguiente trámite:

- El titular del área correspondiente entregará al servidor público, el oficio de comisión respectivo, con un día de anticipación, por lo menos, en el que se señalarán los días en que se efectuará la comisión y el motivo.
- El servidor público tiene la obligación de remitir el oficio mencionado, al área de Recursos Humanos, con un día de anticipación, por lo menos, para realizar el registro correspondiente. De no remitirlo con la anticipación debida, se harán acreedores a las sanciones correspondientes por las incidencias que se generen, sin responsabilidad para la Dependencia.
- Cuando la Dependencia cuente con el Sistema Electrónico de Recursos Humanos, registrará su comisión en el apartado de permisos y en las observaciones anotará la fecha y número de oficio, lugar de comisión y autoridad que lo remite, así como la petición del área a donde estará comisionado.

#### **b) Periodos mayores a treinta días:**

Estas comisiones a servidores públicos, serán autorizadas por los titulares de las Unidades Administrativas que correspondan, siempre y cuando se señalen las actividades específicas de la comisión, para ello se realizará el siguiente trámite:

- El titular del centro de trabajo del servidor público, solicitará al titular de la Unidad Administrativa se autorice la comisión, sustentando las actividades a desempeñar.
- El titular de la Unidad Administrativa emitirá el oficio de autorización correspondiente, indicando el lugar y periodo en el cual estará comisionado el servidor público.

#### **Nota:**

- Es importante señalar que deberá existir un oficio de petición del área a donde estará comisionado.
- Es responsabilidad del superior jerárquico del centro del trabajo al cual ha sido comisionado, que el servidor público se encuentre laborando en dicho centro.
- De conformidad con el artículo 8, fracción XXXIV de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave,

## Manual de Recursos Humanos

es responsabilidad de la Dependencia publicar la relación de los servidores públicos comisionados por cualquier causa, incluso sindical.

### 6.2.9. Permisos por Lactancia

Se concederán a las madres la facilidad de salir una hora antes de la hora oficial de salida o de entrar una hora después de la hora oficial de entrada a elección, durante los nueve meses posteriores al término de la incapacidad por gravidez, en ningún caso se asignará un horario corrido, que ponga en riesgo la salud de la madre trabajadora derivando en una responsabilidad para la Entidad Pública. (Apéndice II. Permisos, Descansos, Licencias y Vacaciones de las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz).

### 6.2.10 Permiso por Paternidad

Los trabajadores, por concepto de paternidad, disfrutarán de un permiso de ocho días laborales con goce de sueldo, por el nacimiento de sus hijos e hijas; de igual forma en el caso de adopción, previa acreditación oportuna de los respectivos eventos.

### 6.2.11 Permiso Salida Oficial (Oficial Todo el Turno y/o Entrada y Salida Oficial)

Estos permisos son de uso exclusivo para realizar comisiones relacionadas directamente con las funciones del centro de trabajo, deberán detallar los datos de la comisión en el apartado de observaciones, en caso contrario se cancelará el permiso aplicándose el descuento y/o sanción correspondiente.

## 6.3. Vacaciones

Los servidores públicos tienen derecho a vacaciones, de acuerdo a las fechas y períodos señalados en el Calendario Oficial de Días Inhábiles para el personal al Servicio del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz, que expide cada año la Subsecretaría de Gobierno.

Tendrán derecho a disfrutar de estos períodos de vacaciones, los servidores públicos que tengan más de seis meses de servicio ininterrumpido al servicio de la misma Dependencia, con fundamento en lo que establece la Cláusula 42 de las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz. Las vacaciones serán irrenunciables y no pueden ser acumulables, ni canjeadas por pago alguno.

Con el fin de no afectar el servicio, se programarán guardias del personal en períodos de vacaciones, designando al personal que no tenga derecho a ellas o que adeude días solicitados con anticipación; cuando no sea posible lo anterior y designen al personal con derecho a las mismas, podrán disfrutar de sus vacaciones, dentro de los tres meses siguientes a la conclusión del periodo.

Cuando el personal trabajador contraiga alguna enfermedad que le impida disfrutar de sus vacaciones, previa justificación expedida por el Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.), se le repondrán por los días que corresponda, cuando haya desaparecido la

## Manual de Recursos Humanos

causa del impedimento, con fundamento en la Cláusula 44 de las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz.

### 6.4. Descansos

#### 6.4.1. Días de Descanso Obligatorio

Los días de descanso obligatorio con goce de salario íntegro, son aquellos que se encuentran señalados en el Calendario Oficial de Días Inhábiles para el Personal al Servicio del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz. En caso de que el personal trabajador labore en los días de descanso, tendrá derecho a que se le repongan éstos. (Cláusula 41 de las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz).

### 6.5. Incidencias (Disposiciones Generales)

Las incidencias en la asistencia del servidor público son todos aquellos registros que se encuentran fuera de lo permitido por las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz, por lo que están sujetas a sanción por incidencias, de acuerdo a lo siguiente:

#### 6.5.1. Retardos

Cuando el servidor público registre su hora de entrada después de los 10 minutos de su horario oficial y, hasta 30 minutos después de la hora oficial de salida.

Por cada 3 retardos acumulados por quincena, se descontará el equivalente a medio día de sueldo integrado en la jornada matutina, y en la jornada vespertina se aplicará el mismo criterio, descontando por cada 3 retardos la parte proporcional

Cuando se acumulen seis retardos por quincena, se aplicará como sanción el descuento de un día de salario.

En ambos casos, el descuento será reflejado en el recibo de nómina bajo la clave de deducción número 91.

#### 6.5.2. Sanciones Disciplinarias

Son sujetos a este descuento, el personal trabajador que incurra en violaciones a las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz, previo procedimiento administrativo o en su caso, cualquier checada que no esté dentro de las definidas como correctas así como su omisión.

Este descuento será reflejado en el recibo de nómina con la clave 90.

### 6.5.3. Faltas de Asistencia

Cuando el personal trabajador falte a sus labores con o sin justificación oficial se le aplicará un descuento por los días no laborados por causa justificada y/o injustificada.

El importe a descontar será el equivalente a un día de sueldo integrado, por cada inasistencia en el turno matutino; para la jornada vespertina se aplicará la parte proporcional.

El descuento de esta falta será reflejado en el recibo de nómina con la clave 92.

Los rangos correctos para registrar asistencia son:

- a) Hasta 30 minutos antes de la hora oficial de entrada
- b) Hasta 30 minutos después de la hora oficial de salida

Para el personal que por su horario de trabajo se le conceda compensación por turno vespertino y/o gratificación extraordinaria, por cada inasistencia a la quincena, se le descontará el equivalente a la parte proporcional del pago vigente que se le otorga por este concepto.

En todos los demás aspectos referentes al control de entrada y salida de horario de compensación vespertina, el servidor público tendrá una tolerancia de 10 minutos a la hora de entrada. Cuando registre su hora de entrada después de los 10 minutos y hasta el minuto 40, el registro será considerado como retardo. Después de ese tiempo, salvo justificación, equivale a sanción disciplinaria y se considera como inasistencia. Por consiguiente, el servidor público tiene la opción de permanecer o no en su centro de trabajo, ya que procede un descuento equivalente en forma proporcional a una jornada por turno vespertino de tal percepción (clave 90).

Por cada seis retardos vespertinos acumulados por quincena, para el turno vespertino se aplicará una sanción consistente en el importe total de la prestación dividida entre quince días, para la gratificación extraordinaria se aplicará el descuento correspondiente por las horas de jornada en el turno vespertino.

Las Unidades Administrativas o sus equivalentes deberán llevar un control de las incidencias en las asistencias de los servidores públicos de la Dependencia, para tal efecto se recomienda utilizar sistemas de control de asistencia mediante el registro de huella digital.



## Manual de Recursos Humanos

### **Formato No. 41** **Solicitud de Permisos**

#### **SOLICITUD DE PERMISOS**

|                          |  |      |                  |     |  |                         |  |
|--------------------------|--|------|------------------|-----|--|-------------------------|--|
| Jefatura o Subsecretaría |  |      |                  |     |  | Folio:                  |  |
| Centro de Trabajo:       |  |      |                  |     |  |                         |  |
| Fecha:                   |  |      |                  |     |  |                         |  |
| C.                       |  |      |                  |     |  |                         |  |
| Apellido Paterno         |  |      | Apellido Materno |     |  | Nombre (s)              |  |
| <b>No. de Personal:</b>  |  | Base |                  | ( ) |  | <b>Contrato/ETA</b> ( ) |  |
| <b>SOLICITA A USTED</b>  |  |      |                  |     |  |                         |  |

| Clave | Descripción                | INICIO |     |      | TERMINO |     |      |
|-------|----------------------------|--------|-----|------|---------|-----|------|
|       |                            | Día    | Mes | Hora | Día     | Mes | Hora |
| 54    | Oficial todo el turno      |        |     |      |         |     |      |
| 55    | Entrada y/o salida oficial |        |     |      |         |     |      |
| 56    | Vacaciones de verano       |        |     |      |         |     |      |
| 57    | Vacaciones de invierno     |        |     |      |         |     |      |
| 61    | Permiso por dos horas      |        |     |      |         |     |      |
| 64    | Permiso económico          |        |     |      |         |     |      |
| 65    | Salida al IMSS             |        |     |      |         |     |      |
| 70    | Permiso por lactancia      |        |     |      |         |     |      |
| 73    | Permiso médico             |        |     |      |         |     |      |
| 75    | Permiso por duelo          |        |     |      |         |     |      |
| 77    | Permiso sin sueldo         |        |     |      |         |     |      |
| 78    | Comisión sindical          |        |     |      |         |     |      |

#### **OBSERVACIONES**

| <b>FIRMAS</b>           |                                   |                         |
|-------------------------|-----------------------------------|-------------------------|
| <b>Servidor Público</b> | <b>Jefe del Centro de Trabajo</b> | <b>Recursos Humanos</b> |
|                         |                                   | <b>Vo.Bo.</b>           |

## Manual de Recursos Humanos

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

**Formato No. 41**  
**Instructivo de Llenado de la Solicitud de Permisos**

| <b>Donde dice:</b>                            | <b>Deberá decir:</b>   |
|---|--|
| 1. Jefatura o Subsecretaría:                  | Nombre del área a la que pertenece el servidor público solicitante.  |
| 2. Folio:                                     | Número consecutivo del formato.  |
| 3. Centro de trabajo:                         | Nombre del departamento del cual depende el servidor público.  |
| 4. Fecha:                                     | En la que se solicita el permiso. Anotar día, mes y año.   |
| 5. C.:  | Se anotará el nombre completo del servidor público solicitante, debiendo registrar apellido paterno, materno y nombre (s). |
| 6. No. de personal:                           | El número de clave de cada servidor público.   |
| 7. Base o Contrato:                           | Anotar en el cuadro correspondiente la situación laboral.  |
| <b>SOLICITA A USTED:</b>                      |  |
| 8. Descripción del permiso:                   | Anotar en el renglón correspondiente, el inicio y término del permiso solicitado.  |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                         |  |
| 9. Observaciones:                             | Se anotará en los casos que se amerite.  |
| <b>FIRMAS:</b>                                |  |
| 10. Servidor Público:                         | La firma del servidor público solicitante.   |
| 11. Jefe del centro de trabajo:               | Firma autógrafa de la jefatura a que pertenece el servidor público solicitante.  |
| 12. Subdirección de Recursos Humanos Vo. Bo.: | Firma autógrafa del área de Recursos Humanos en los casos que se amerite.  |



# 7. Orden y Disciplina

### 7. Orden y Disciplina

#### 7.1. Disposiciones de Orden

Por razones de seguridad, orden y disciplina, es obligación de las Dependencias otorgarles a los servidores públicos a su servicio, credencial o gafete de identificación.

**Figura No. 2**  
**Modelo de Gafete de Identificación**



El servidor público está obligado a portar en un lugar visible durante la jornada de trabajo el gafete que lo identifica como tal, pues el acceso a las distintas áreas y Dependencias del Gobierno del Estado sólo se permitirá a personal que justifique plenamente su comisión portando su gafete.

Asimismo, el servidor público que cause baja por cualquiera que sea el motivo, deberá entregar el Gafete de Identificación al área de Recursos Humanos para su destrucción, o en su caso el área se lo solicitará al empleado.

De acuerdo a la Cláusula 59 de las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz, el personal trabajador tendrá las siguientes obligaciones:

- Cumplir con diligencia los deberes inherentes a su responsabilidad.
- Registrar sus datos personales en los sistemas de Recursos Humanos, y dar aviso de cualquier cambio, en un término de diez días; asimismo acreditar documentalmente sus datos para efectos de las prestaciones a que tenga derecho.

## Manual de Recursos Humanos

- Asistir puntualmente a sus áreas de trabajo y permanecer en ellas durante la jornada (salvo indicaciones de sus jefes u homólogos), para realizar oportunamente sus labores, cumpliendo con los requisitos de registro de asistencia en su horario asignado, mediante los dispositivos diseñados para tal fin.
- Tratar al público, a sus jefes (as), a sus compañeros (as) y subordinados (as), con la atención y cortesía propias de sus funciones, absteniéndose de toda palabra o acto que pueda relajar los principios de autoridad, disciplina, respeto a la dignidad humana, igualdad y la no discriminación.
- Tratar siempre los asuntos oficiales a su cargo, con su jefa o jefe inmediato, esto es, sin salvar conductos, excepto que el superior de ambos así lo determine.
- Someter en primer término ante su jefa o jefe inmediato, cualquier problema que siendo de carácter personal, se relacione con sus labores en su Dependencia.
- Prestar auxilio en cualquier momento, cuando por siniestro o riesgo inminente, peligre el personal o los bienes de la Entidad Pública.
- Guardar absoluta discreción sobre los asuntos de que tenga conocimiento por razón de las funciones que desempeñen.
- Acreditar las ausencias a sus labores por enfermedad, únicamente con certificados médicos expedidos por la Institución competente que corresponda, de acuerdo a lo señalado en las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz, dando aviso a su Dependencia en un término máximo de veinticuatro horas.
- Presentarse a sus labores al día siguiente de que concluya la licencia o comisión que, por cualquier causa se les hubiere concedido; en la inteligencia que, de no hacerlo desde esa fecha, comenzarán a computarse las faltas de asistencia, para los efectos a que hubiere lugar.
- Devolver oportunamente a la Entidad Pública los materiales o artículos de consumo no usados en el servicio; conservar en buen estado y limpios los instrumentos, vehículos, maquinaria, equipos y demás bienes que se les proporcione para el desempeño de sus labores y devolver los mismos cuando sean requeridos para ello o cuando dejen de prestar sus servicios en la Entidad Pública, sin más deterioro que el derivado del uso normal de dichos bienes.
- Conservar en buen estado las instalaciones, baños, áreas deportivas y espacios de uso común de la Entidad Pública.
- Cumplir con las comisiones de trabajo que le sean conferidas por la Dependencia, siempre y cuando no se contraponga a lo dispuesto en la Cláusula 58 fracción I de las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz.
- Comunicar a sus superiores las observaciones y medidas que estimen pertinentes sobre desperfectos en maquinaria, instalación en equipo, herramienta u otros bienes, estén o no a su cargo, que tiendan a evitar daños o perjuicios a la Entidad Pública, a sus compañeros (as) de trabajo y a ellas y ellos mismos.
- Hacer entrega, de acuerdo con las disposiciones en vigor, de los fondos, valores, bienes y documentos que estén a su cargo antes de separarse del servicio, o bien cuando sean requeridos para ello.
- Asistir a los cursos de capacitación para mejorar su preparación y eficiencia, dentro o fuera de las horas de trabajo. En aquellos casos en que el desarrollo de la capacitación lleve inmersos gastos de traslado, alimentación y hospedaje, éstos deberán ser proporcionados por la Dependencia. Siempre y cuando dichas acciones de capacitación estén relacionadas con la profesionalización en sus actividades y/o funciones del área de adscripción en la que labora.

## Manual de Recursos Humanos

- El personal trabajador deberá utilizar durante el desempeño de sus labores, la ropa de trabajo que les proporcione la Entidad Pública para efectos de seguridad.
- Portar en lugar visible el gafete de identificación, en el horario de labores.
- Las demás que se fijen en las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz y las Leyes aplicables.

Así mismo, con base en lo que señala la Cláusula 60 de las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz, queda prohibido al personal trabajador:

- Realizar dentro de su jornada, labores ajenas a su trabajo.
- Aprovechar los servicios del personal o del equipo a su cargo para asuntos propios o beneficio particular.
- Desatender su trabajo injustificadamente, aun cuando permanezca en su sitio.
- Ausentarse de sus labores en su jornada, sin el permiso correspondiente.
- Efectuar colectas, rifas, tandas o ventas de artículos dentro de su centro de trabajo.
- Sustraer de la Entidad Pública útiles de trabajo, herramienta, materias primas o elaboradas, alimentos, medicamentos o cualquier insumo.
- Portar armas dentro de la Entidad Pública, excepto el personal del servicio de vigilancia que por la índole de su trabajo esté autorizado para ello.
- Permanecer en la Entidad Pública después de su jornada de trabajo sin causa justificada y la autorización correspondiente.
- Acudir a sus labores bajo los efectos de bebidas embriagantes, narcóticos o drogas enervantes, o introducirlas con fines aviesos o consumirlas durante sus jornadas de trabajo.
- Fumar en consultorios, oficinas, pasillo, servicios de hospitalización, urgencias, quirófanos, etc.
- Ingerir alimentos en las áreas de trabajo.
- Desatender las disposiciones que tengan por objeto evitar accidentes de trabajo.
- Ser procuradores o gestores de asuntos privados que tengan relación con la Entidad Pública aún fuera de sus horas de trabajo.
- Sustraer u ocultar cualquier documento o información que estén relacionados con su trabajo.
- Acompañarse durante la jornada de labores de familiares, adultos o niños (as), o personas ajenas a la Entidad Pública.
- Efectuar trabajos de índole particular en su Dependencia y dentro de su jornada de trabajo, excepto los casos en el reglamento específico del área privada en los hospitales.
- Infligir cualquier tipo de violencia contra las trabajadoras y los trabajadores, usuarias y usuarios, así como el público en general.
- Generar alguna forma de discriminación directa o indirecta, por pertenecer a cualquier sexo o por estereotipos de género.

### 7.2. Disposiciones Disciplinarias

Los servidores públicos desempeñarán sus labores con la eficiencia, cuidado y esmero apropiados, sujetándose en todo momento a las instrucciones de sus jefes y a las disposiciones de la Ley, Reglamentos y Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz, de lo contrario podrán ser sancionados por las faltas cometidas en el desempeño de sus labores.

## Manual de Recursos Humanos

Las sanciones a que se harán acreedores los servidores públicos por faltas cometidas en el desempeño de sus servicios, son las siguientes:

- a) Amonestación verbal o escrita.
- b) Suspensión de uno a ocho días sin goce de sueldo, cuando el personal trabajador no cumpla con las obligaciones señaladas en las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz, siempre y cuando la falta no amerite la terminación de los efectos del nombramiento.
- c) Suspensión de dos días sin goce de sueldo, al personal trabajador que falte a sus labores en forma injustificada o sin permiso de la Entidad Pública, hasta por tres días en un período de 30 días.
- d) Suspensión de un día sin goce de sueldo, cuando el personal trabajador por primera vez y siempre que se compruebe, se dedique a asuntos ajenos a sus labores en horas de trabajo.
- e) Terminación de los efectos del nombramiento cuando incurra en algunas de las causales establecidas en la Ley Estatal de Servicio Civil de Veracruz, o en aquellas que por su naturaleza sean de tal manera graves que hagan imposible la continuación de la relación de trabajo.

Es importante señalar que, deberá evitarse poner a disposición de las áreas de Recursos Humanos a los servidores públicos de otros centros de trabajo que incurran en irregularidades, conflictos o bajo rendimiento laboral. En estos casos se procederá a levantar un acta circunstanciada en coordinación con el área jurídica de la Dependencia **(Véase formato No. 13)** que fundamente la determinación laboral que deba tomarse.

Para aplicar las sanciones correspondientes a los servidores públicos que hayan incumplido a sus obligaciones, se seguirá el procedimiento señalado en los artículos 38, 39, 40 y 41 de la Ley Estatal del Servicio Civil de Veracruz como se describe a continuación:

El servidor público facultado por el titular de la Dependencia levantará el acta circunstanciada correspondiente, situación en la que debe intervenir el afectado, quien se hará acompañar de un representante del Sindicato (en caso de pertenecer a alguna organización sindical), debiendo observarse el siguiente procedimiento:

1. Para los efectos procedentes el servidor público será citado por escrito **(Véase formato No. 12)** por lo menos 24 horas antes del levantamiento del acta, en el lugar donde preste sus servicios o en el domicilio que tenga registrado ante la Dependencia.
2. Si el servidor público se negara a recibir citatorio, se levantará un acta con la presencia de dos testigos y se anotará esa circunstancia.
3. En caso de que el servidor público no se encuentre en su centro de trabajo ni en el domicilio antes señalado, el citatorio se entregará a la persona que se encuentre en el domicilio, y de no hallarse, se dejará con algún vecino, levantándose el acta ante dos testigos, haciendo constar ese hecho.

## Manual de Recursos Humanos

4. Si el servidor público no compareciera aun cuando haya sido notificado, se procederá al levantamiento del acta correspondiente, misma que surtirá los efectos legales procedentes.
5. Se asentarán con precisión los hechos, la declaración del servidor público, la de los afectados y la de los testigos.
6. Cuando en el acta circunstanciada aparezcan los elementos que hagan presumir que son ciertos los actos imputados al servidor público, el funcionario autorizado para ello, podrá suspender los efectos del nombramiento, o en su caso, decretar la rescisión laboral previo dictamen y con estricto apego a lo ordenado en las cláusulas 107, 108, 109, 110, 111 y 112 de las Condiciones Generales de Trabajo del Poder Ejecutivo del Estado de Veracruz.





# **8. Laudos**

### 8. Laudos

Pagos destinados a cubrir el importe determinado en los laudos dictados por la autoridad competente, favorables a aquellos (ex) trabajadores al servicio de las Dependencias del Poder Ejecutivo y Entidades, de acuerdo a los tiempos y forma en que lo dictamine dicha autoridad o según el convenio establecido entre las partes, ratificado ante la instancia legal.

#### 8.1. Trámite de Pago de Laudos y Liquidaciones por Indemnizaciones y por Sueldos y Salarios Caídos

De conformidad con las políticas de contención del gasto en materia de servicios personales, estos pagos se realizan con base en lo dispuesto en el Decreto de Presupuesto de Egresos del Gobierno del Estado de Veracruz para el ejercicio fiscal vigente, el cual señala en su artículo 48 lo siguiente:

*El ejercicio del gasto por concepto de indemnizaciones, salarios caídos y demás prestaciones derivadas de procesos jurisdiccionales para la resolución de controversias laborales de las Dependencias y Entidades, se realizará con cargo a las disponibilidades presupuestales de los gastos de operación, debiéndose sujetar al procedimiento que la Secretaría establezca.*

La Dirección General de Administración, analiza el soporte documental del expediente que haya causado la resolución en materia laboral y de conformidad con el artículo 30, fracción XIII del Reglamento Interior de la Secretaría de Finanzas y Planeación, valida los montos conforme a la normatividad para efectuar la gestión de pago ante la Tesorería por liquidaciones o indemnizaciones al personal de las Dependencias centralizadas del Poder Ejecutivo del Estado que lo soliciten, de manera que corresponda a lo ordenado por la Autoridad, previa validación jurídica de la Procuraduría Fiscal.

Con base en el Dictamen de Suficiencia Presupuestal, se integra la documentación consistente en el Dictamen de Suficiencia Presupuestal, la Cédula de Liquidación y la solicitud de ministración que emita la Dependencia, para posteriormente enviarlos al Departamento de Control Presupuestal y se elabore la Orden de Compra, con la cual se gestionará la ministración de los recursos ante la Tesorería, quien se encarga de elaborar el cheque, recibéndolo la Dependencia para efecto de cumplimentar con la diligencia programada por la instancia legal y efectuar el pago del laudo respectivo. **(Véase formato no. 42 Cédula de cálculo de ISR por indemnizaciones y por sueldos y salarios caídos y formato no. 43 Cédula de cálculo de ISR por salarios caídos por reinstalación)**

#### **Fundamento:**

- Decreto de Presupuesto de Egresos del Gobierno del Estado de Veracruz para el ejercicio fiscal vigente.
- Reglamento Interior de la Secretaría de Finanzas y Planeación.

## Manual de Recursos Humanos

### Formato no. 42

### Cédula de cálculo de ISR por indemnizaciones por sueldos y salarios caídos

| CALCULO DE SALARIOS CAIDOS              |                                   |                       |
|---|-----------------------------------|-----------------------|
| PAGO DE LIQUIDACIONES E INDEMNIZACIONES |                                   |                       |
| NOMBRE:                                 |                                   |                       |
| RFC:                                    |                                   |                       |
| EXP. LABORAL:                           |                                   |                       |
| FECHA DE INGRESO:                       |                                   |                       |
| FECHA DE TERMINO REL. LAB.              |                                   |                       |
| ANTIGÜEDAD:                             |                                   | AÑOS                  |
| CLAVE                                   | INGRESO PARA SACAR LA PARTE GRAV. | MES                   |
|   |                                   |                       |
|   |                                   |                       |
|   |                                   |                       |
| TOTAL                                   |                                   | -                     |
| RETENCION MENSUAL                       |                                   |                       |
| BASE GRAVABLE                           | CALCULO TABLA ACTUALIZADA         | -                     |
| MENOS                                   | LIMITE INFERIOR                   |                       |
|   | EXCEDENTE LIMITE INFERIOR         |                       |
| POR                                     | X % EXCEDENTE                     |                       |
|   | IMPUESTO MARGINAL                 |                       |
| MAS                                     | CUOTA FIJA                        |                       |
|   | IMPUESTO A CARGO                  |                       |
| MENOS                                   | SUBSIDIO PARA EL EMPLEO           | -                     |
| =                                       | IMP. A CARGO                      |                       |
|   | FACTOR                            |                       |
| LIQUIDACION CONFORME A LA LEY           |                                   |                       |
|   | MONTO TOTAL DE LA LIQUIDACION     |                       |
|   | PARTE EXENTA                      |                       |
|   | OTROS EXENTOS                     |                       |
|   | PERCEPCION GRAVABLE               |                       |
|   | IMPUESTO POR LIQUIDACION          |                       |
|   | TOTAL A PAGAR AL ACTOR            |                       |
|   | AÑOS PARTE EXENTA ART. 93         |                       |
| ELABORA                                 |                                   | Vo. Bo.               |
|   |                                   |                       |
| Área de Recursos Humanos                |                                   | Unidad Administrativa |

## Manual de Recursos Humanos

### **Formato No. 42**

### **Instructivo de Llenado de Cédula de Cálculo de ISR por indemnizaciones por sueldos y salarios caídos**

| <b>Donde dice:</b>                          | <b>Deberá colocar:</b>   |
|---|--|
| 1. Nombre:                                  | Nombre del actor   |
| 2. RFC:                                     | RFC del actor  |
| 3. Exp Laboral:                             | Número del juicio laboral  |
| 4. Fecha de ingreso:                        | Fecha inicial de cálculo de salarios caídos  |
| 5. Fecha de término de la relación laboral: | Fecha final de cálculo de salarios caídos  |
| 6. Antigüedad:                              | Antigüedad del demandante.   |
| 7. Ingreso para sacar la parte gravable:    | Último sueldo mensual ordinario del demandante.  |
| 8. Retención mensual:                       | Total del último sueldo mensual ordinario  |
| 9. Cálculo de la tabla actualizada          | Se colocan los datos para realizar el cálculo de la base gravable y obtener el resultado del ISR a cargo, de acuerdo a la tarifa del artículo 96 de la Ley del ISR |
| 10. Factor                                  | Se obtiene un factor para el resultado del ISR a retener   |
| 11. Monto total de la liquidación           | Monto determinado por la Autoridad   |
| 12. Parte exenta                            | Parte exenta del monto total del Laudo, según su antigüedad  |
| 13. Percepción gravable                     | Parte gravable   |
| 14. Impuesto por liquidación                | Resultado del ISR a retener al actor   |
| 15. Total a pagar al actor                  | Total neto a pagar al actor  |
| 16. Años parte exenta art. 93               | Parte informativa de la antigüedad a calcular  |

## Manual de Recursos Humanos

### Formato no. 43 Cédula de cálculo de ISR Salarios caídos por Reinstalación

#### CÉDULA PARA CALCULAR EL ISR SALARIOS CAIDOS REINSTALACIÓN, ART. 163 RLISR

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**EXP. LABORAL:** \_\_\_\_\_

**FECHA INICIAL DEL PERIODO:** \_\_\_\_\_

**FECHA FINAL DEL PERIODO:** \_\_\_\_\_

**DIAS A CALCULAR:** \_\_\_\_\_

#### REINSTALACIÓN, ART. 163 RLISR

| Fracción I | Concepto                                 | Importe |
|------------|--|---------|
|            | Salarios acumulados                      |         |
| Entre:     | Número de días a que corresponde el pago |         |
| Igual:     | Monto diario                             |         |
| Por:       | Factor                                   |         |
| Igual:     | Promedio mensual                         |         |

| Fracción II | Concepto                    | Importe |
|-------------|-----------------------------|---------|
|             | Promedio mensual            |         |
| Más:        | Ingresos ordinarios del mes |         |
| Igual:      | Base gravable               |         |

#### ART 96 LISR, SOBRE BASE GRAVABLE FRACCIÓN II RLISR

| Fracción III | Concepto   | Importe |
|--------------|--|---------|
|              | Base gravable  |         |
| Menos:       | Límite inferior  |         |
| Igual:       | Excedente del límite inferior                              |         |
| Por:         | Por ciento para aplicarse al excedente del límite inferior |         |
| Igual:       | Impuesto marginal  |         |
| Más:         | Cuota fija   |         |
| Igual:       | <b>ISR Tarifa actual</b>                                   |         |

#### ISR BASE

| Fracción V | Concepto                            | Importe |
|------------|-------------------------------------|---------|
|            | ISR                                 |         |
| Menos:     | ISR por ingresos ordinarios del mes |         |
| Igual:     | ISR base                            |         |

#### ART. 163 FRACCION V, TASA A DETERMINAR

## Manual de Recursos Humanos

|        | Concepto          | Importe |
|--------|-------------------|---------|
|        | ISR base          |         |
| Entre: | Promedio mensual  |         |
| Igual: | Cociente          |         |
| Por:   | Cien              |         |
| Igual: | Tasa de retención |         |

|  |
|--|
| <b>ART. 163 FRACCION IV, ISR A RETENER POR SALARIOS ACUMULADOS</b> |
|--|

| Fracción VI          | Concepto                              | Importe     |
|----------------------|---------------------------------------|-------------|
|                      | Salarios acumulados                   |             |
| Por:                 | Tasa de retención                     |             |
| Igual:               | ISR a retener por salarios acumulados |             |
|                      |                                       |             |
|                      |                                       |             |
| <b>TOTAL A PAGAR</b> |                                       | <b>\$ -</b> |

## Manual de Recursos Humanos

### **Instructivo de Llenado Cédula de cálculo de ISR** **Salarios caídos por Reinstalación**

| <b>Donde dice:</b>  | <b>Deberá colocar:</b>   |
|---|--|
| 1. Nombre:  | Nombre del actor   |
| 2. Exp Laboral:   | Número del juicio laboral  |
| 3. Fecha inicial del periodo:   | Fecha inicial de cálculo de salarios caídos  |
| 4. Fecha final del periodo:   | Fecha final de cálculo de salarios caídos  |
| 5. Días a calcular:   | Número de días a calcular.   |
| <b>Reinstalación, artículo 163 RLISR</b>                                |  |
| <b>Fracción I</b>   |  |
| 6. Salarios acumulados  | Monto total a pagar ordenado por el juez   |
| 7. Número de días a que corresponde el pago                             | Número de días a calcular  |
| 8. Monto diario   | Monto diario   |
| 9. Factor   | Factor   |
| 10. Promedio mensual  | Promedio mensual   |
| <b>Fracción II</b>  |  |
| 11. Promedio mensual  | Promedio mensual a calcular  |
| 12. Ingresos ordinarios del mes   | Ingreso del salario mensual ordinario  |
| 13. Base gravable   | Base gravable  |
| <b>Artículo 96 LISR, sobre base gravable Fracción II RLISR</b>          |  |
| <b>Fracción III</b>   |  |
| 14. Base gravable   | Base gravable a calcular, se calcula conforme a la tabla actualizada del ISR   |
| 15. ISR Tarifa actual   | El resultado es el ISR de la Tarifa actual   |
| <b>ISR Base</b>   |  |
| 16. ISR   | El ISR de la tarifa actualizada, se resta el ISR de sus ingresos mensuales   |
| 17. ISR base  | Dando como resultado el ISR base   |
| <b>Artículo 163, fracción V. Tasa a determinar</b>                      |  |
| 18. Cociente  | Con la base del ISR y el promedio mensual, se calcula el factor  |
| <b>Artículo 163, fracción IV, ISR a retener por salarios acumulados</b> |  |
| 19. ISR a retener por salarios acumulados                               | Obteniendo el factor, se realiza la operación del monto total del importe que ordena el juez, por el factor y el resultado es el ISR a retener al actor. |
| 20. Total a pagar   | El resultado final es el monto neto a pagar al actor (demandante)  |



# Anexos



### Anexo 1 Carta Compromiso

Xalapa, Ver. a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

**Titular del Área responsable**  
**DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN**  
**PRESENTE**

En relación con el proceso de admisión para ingresar como prestador de actividad formativa, ya sea servicio social, práctica o residencia profesional en la Secretaría de Finanzas y Planeación, y para los efectos del control administrativo del "*Programa de Servicio Social, Prácticas o Residencias Profesionales de la Secretaría de Finanzas y Planeación*" que congruente con lo dispuesto por el numeral 30 del *Reglamento Interior de la Secretaría de Finanzas y Planeación*, se encuentra bajo su supervisión, por medio del presente, en cumplimiento a lo dispuesto por los artículos 43, 44, 45 y 51 de la *Ley del Ejercicio Profesional para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave*, de manera atenta y respetuosa, **bajo protesta de decir verdad**, me permito manifestarle lo siguiente:

- Que la actividad formativa es de carácter meramente social, temporal, en consecuencia, no remunerado que en beneficio de la colectividad prestan los estudiantes y pasantes de las distintas carreras técnicas y profesiones.
- Que como aspirante a ingresar a dicha actividad formativa en esta Secretaría, estoy aceptando que el programa se desarrolla de manera presencial en las instalaciones de la Secretaría de Finanzas y Planeación.
- Que acepto el compromiso de conducirme con responsabilidad y honestidad, para lo cual, debo sujetarme de manera irrestricta a lo dispuesto en el "*Reglamento Interno para los Prestadores de Servicio Social y Prácticas o Residencias Profesionales*", y bajo los parámetros establecidos en el *Código de Conducta vigente y aplicable a esta Secretaría*, que para el efecto me fueran proporcionados.
- Que durante mi estancia como prestador de servicios me comprometo a conducirme bajo los principios que rigen la administración pública, con especial énfasis a los referentes a imparcialidad, buena fe, participación, responsabilidad y confidencialidad.
- Que me comprometo a hacer uso adecuado de las instalaciones, equipo de cómputo, materiales que se pongan a mi disposición, así como resguardar y proteger la información confidencial en posesión de esta Dependencia Centralizada que con motivo de las actividades que se me asignen tenga acceso.

Comunico a Usted que estoy enterado/a de los requisitos y obligaciones que adquiriré en caso de ser aceptado/a, las cuales asumo cumplir cabalmente para lograr la carta de liberación que corresponda, en caso contrario, de incurrir en alguna falta o mal manejo será motivo de baja definitiva, y a los procedimientos previstos en las disposiciones normativas aplicables.

**Atentamente**  
**Nombre del aspirante**

## Anexo 2

### Reglamento Interno

#### REGLAMENTO INTERNO DE ACTIVIDAD FORMATIVA SERVICIO SOCIAL (SS), PRÁCTICAS PROFESIONALES (PP) O RESIDENCIAS PROFESIONALES (RS).

Los prestadores de Servicio Social, Prácticas Profesionales o Residencias Profesionales en lo sucesivo denominados como "**prestador de actividad formativa**" reconocen y se comprometen a seguir y aceptar lo estipulado en los siguientes puntos:

1. Todo trámite administrativo referente al Servicio Social, Prácticas o Residencias Profesionales será regido por la Subdirección de Recursos Humanos.
2. Solo podrán desempeñar sus actividades dentro de las instalaciones de esta Secretaría o, en su caso, del centro de trabajo descentralizado que corresponda.
3. Los avisos correspondientes emitidos por esta oficina, se informarán al número y correo reportado en la cédula de identificación, motivo por el cual, estos datos deben ser personales y vigentes.

#### Asignación de Centro de Trabajo

4. El prestador de actividad formativa una vez asignado a un área, empezará a desarrollar sus funciones en el entendido de que sus servicios son gratuitos, no comprometiéndolo ni obligándolo a esta Dependencia a proporcionarles ningún tipo de estímulo económico.
5. Ningún prestador de actividad formativa podrá cambiar de área o desempeñar sus actividades en otra, sin autorización de la Subdirección de Recursos Humanos y previa valoración del caso.

#### Horario

6. Deberán prestar sus servicios únicamente en el horario asignado, en caso contrario, presentar a la Oficina de Diagnóstico de Personal y Servicio Social la autorización de su Jefe inmediato, considerando que su jornada diaria no debe ser menor a cuatro horas ni exceder de seis horas.

#### Aceptación

7. Las **cartas de aceptación** solo serán expedidas cuando en su expediente exista la documentación requerida para su ingreso.
8. Es obligación del prestador de actividad formativa validar los datos de la cédula de identificación para la elaboración de la carta de aceptación y/o liberación, a fin de que al recibir los mencionados oficios estén correctos. El original será entregado contra acuse con la leyenda "Recibí Original, datos correctos", (nombre, fecha y firma). En caso de existir cualquier error u omisión deberá

## Manual de Recursos Humanos

ser indicado **en un lapso no mayor a 15 días naturales**. La corrección solicitada se someterá a revisión para su procedencia o posible rechazo.

### Uso de gafete

- Deberán de portar el gafete de identificación de manera visible durante el tiempo que permanezcan desempeñando sus actividades dentro de la Secretaría, al finalizar su periodo este perderá validez.

### Expedición de documentos

- El plazo para la entrega de cualquier documento oficial será de **cinco días hábiles**, a partir de la solicitud presentada a esta oficina.

### Faltas, permisos y vacaciones

- Todo prestador que cuente con **dos o más faltas** injustificadas durante un mes, será dado de baja de la SEFIPLAN.
- Los permisos para ausentarse de su área deben ser autorizados mediante oficio por su superior (Subdirector o Jefe[a] inmediato[a]), y posteriormente deberán ser presentados como mínimo con dos días de anticipación a la Subdirección de Recursos Humanos.
- En caso de enfermedad, avisar en un máximo de tres días a su jefe inmediato, posteriormente presentará un justificante médico o tarjeta informativa a la Subdirección de Recursos Humanos.
- Los periodos vacacionales de invierno y verano serán a consideración de las necesidades de los centros de trabajo, de manera que coincidan con las guardias del personal, en los casos de inasistencia autorizada por el jefe inmediato, solo en este rubro, no requerirán justificante.
- Deberán solicitar el visto bueno del jefe(a) inmediato(a), para confirmar si son o no requeridos en el Centro de Trabajo asignado, en los **días de descanso oficiales para el personal al servicio del Poder Ejecutivo**, siendo estos los siguientes:

| Fecha                 | Celebración   |
|-----------------------|---|
| 1° de enero           | Año nuevo   |
| 5 de febrero<br>----- | Conmemoración de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.<br>Carnaval del Puerto de Veracruz (primer lunes de febrero) |
| 21 de marzo<br>-----  | Conmemoración del natalicio de Don Benito Juárez (tercer lunes de marzo)<br>Jueves y viernes santo                                      |
| 1°, 5 y 10 de mayo    | Día del trabajo, aniversario de la Batalla de Puebla y día de la madre, respectivamente   |
| 15 y 16 de septiembre | Aniversario del inicio de la Independencia de México  |
| 12 y 21 de octubre    | Día de la raza y Día del trabajador de la Administración Pública Estatal, respectivamente   |
| 1,2 y 20 de noviembre | Días de muertos y aniversario del inicio de la Revolución Mexicana (tercer lunes de noviembre), respectivamente                         |

## Manual de Recursos Humanos

### Reportes

16. Los reportes deben elaborarse en tiempo y forma, no se aceptarán de manera acumulativa.
17. Recabar la firma de los reportes conforme el formato lo indique (jefe inmediato, responsable de actividad formativa), el cual es proporcionado por su Institución Educativa y posteriormente deberán solicitar en la oficina de Diagnóstico de Personal y Servicio Social el sello de la Dependencia.

### Bajas

18. Al aceptar la responsiva de la carta compromiso, se entiende que en caso de incurrir en alguna falta derivada del manejo de la misma (logotipos, claves, divulgación), será motivo de baja.
19. La omisión de solicitud de un documento (aceptación, liberación, reporte, etc.) en un lapso mayor a un mes por motivos injustificables, podrá ser sujeto a cancelación o baja.

### Conclusión

20. Las **cartas de terminación** (liberación) se otorgarán cuando se haya cubierto el número total de horas previamente establecidas, de acuerdo a la prestación de la actividad formativa y su expediente contenga todos los reportes de actividades ya recibidos por su Institución Educativa, su formato de conclusión, así como copia de los documentos firmados y sellados por esta Dependencia (plan de trabajo, proyectos, informe final, etc.).

### Departamento de Control de Personal

Oficina de Diagnóstico de Personal y Servicio Social,  
Ext. XXXX; correo electrónico: XXXXXXXXX@veracruz.gob.mx

## **Anexo 3 Guía**

### **Actividad Formativa**

#### **1. Entregué mi requerimiento, ¿Qué sigue?**

La oficina de Diagnóstico de Personal y Servicio Social, buscará dentro del pool de aspirantes el perfil adecuado de acuerdo a su solicitud, una vez obtenido se comunicará con la persona designada como enlace para pactar la fecha y hora en que se realizará la entrevista.

#### **2. Tips para la entrevista.**

- Es importante recordar que tanto el Servicio Social, Prácticas o Residencias Profesionales se realiza como parte de la formación académica y es un primer acercamiento al mundo laboral por parte de los aspirantes, por lo cual es conveniente respetar el horario y dar la seriedad que ambas partes merecen.
- Considerar el tipo de Actividad Formativa; en el caso de Residencias Profesionales, el solicitante deberá desarrollar en conjunto con su jefe directo, un proyecto de mejora que servirá como parte del proceso de titulación, por tanto las actividades asignadas deben ser acordes.
- El periodo de estadía puede variar de 80 hasta 500 horas dependiendo la actividad a cubrir (especificado en la cédula de identificación).
- El aspirante deberá cubrir un mínimo de cuatro horas por día y un máximo de seis durante su estancia en la Secretaría, esto deberá ser de lunes a viernes y en turno continuo.
- Establecer de forma clara las actividades a cubrir y que sean adecuadas al perfil solicitado y donde el aspirante pueda poner en práctica los conocimientos adquiridos y aprender nuevos, con la finalidad de evitar cambios de área o bajas por inconformidad.
- Si ambas partes están de acuerdo, el área debe llenar el apartado "UBICACIÓN" en la cédula de identificación. En caso contrario deberá enviar al aspirante de regreso a la Oficina de Diagnóstico de Personal y Servicio Social para que sea reubicado.

#### **3. Ingreso.**

Los aspirantes deben tener su documentación completa para poder iniciar su conteo de horas, no se permite el inicio de la actividad antes de tener en orden su proceso de admisión de acuerdo a circular DGA/0000/202\_\_.

#### **4. Faltas y Justificaciones.**

Para las faltas con o sin previo aviso el solicitante en acuerdo con el enlace a cargo de la actividad, optar por una de las siguientes opciones a seguir:

- Justificar la falta a través de una tarjeta dirigida a la Subdirección de Recursos Humanos, se debe incluir nombre, número de huella y fechas a justificar.
- Reposición de horas, podrán cubrir tiempo extra (sin exceder las seis horas por día) o recorriendo fechas hasta cumplir el total de horas.

## Manual de Recursos Humanos

Durante los periodos vacacionales existen tres formas de proceder:

- Se presentan y apoyan durante el periodo vacacional al personal de guardia, el conteo de horas es normal.
- Solicitan de manera personal días de vacaciones, debiendo reponer las horas.
- El área disfrutará del periodo vacacional; por tanto no se requiere la asistencia del prestador de actividad formativa; se deberá enviar un correo electrónico a (Servidor público responsable de este trámite) indicando el nombre, número de huella y días a justificar.

### **5. Término de actividades.**

Al cumplir las horas estipuladas por la Institución Educativa, la Oficina de Diagnóstico de Personal y Servicio Social enviará un formato de término al asesor designado, el cual deberá regresar debidamente firmado.

### **6. Recomendaciones finales.**

Los periodos de asignación están ligados a los ciclos escolares, por lo que se recomienda tener esto en cuenta a la hora de realizar la solicitud, existe un reglamento interno de Actividad Formativa, el cual puede ser útil para conocer las obligaciones y derechos de los prestadores, cualquier duda o necesidad de apoyo adicional marcar a la ext. XXXX.


**Oficina de Diagnóstico de Personal y Servicio Social.**

**Subdirección de Recursos Humanos.**

## Anexo 4. Gafete de identificación del prestador Servicio Social

|   |               |   |  |
|---|---------------|---|--|
|  <p>VERACRUZ<br/>GOBIERNO<br/>DEL ESTADO</p> |               |  <p>SEFIPLAN<br/>Secretaría de Finanzas<br/>y Planeación</p> | <b>VIGENCIA</b><br>Del (mes) al (mes) del (Año)  |
| <b>S<br/>E<br/>R<br/>V<br/>I<br/>C<br/>I<br/>O</b>  | Fotografía    | Nombre<br>completo del<br>prestador del<br>servicio social  | <br>Nombre y Cargo del Titular del<br>Área responsable |
|   | <b>SOCIAL</b> |   |  |

## Anexo 5 Aviso de Movimiento de Personal

|   |  |
|---|--|
| <p><b>PODER EJECUTIVO DEL ESTADO</b><br/> <b>SECRETARIA DE FINANZAS Y PLANEACION</b><br/> <b>DIRECCION GENERAL DE ADMINISTRACION</b><br/> <b>SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS</b></p> |  <p><b>VERACRUZ</b><br/>GOBIERNO<br/>DEL ESTADO</p> |
| <b>MOVIMIENTO DE PERSONAL</b>   |  |

|  |       |   |
|--|-------|---|
| DEPENDENCIA<br>SECRETARIA DE FINANZAS Y PLANEACION | FOLIO | LUGAR Y FECHA<br>Xalapa-Enríquez, Ver., a de de 202 |
|--|-------|---|

### DATOS DEL EMPLEADO

|           |                      |
|-----------|----------------------|
| NOMBRE:   | No. PERSONAL:        |
| R.F.C.:   | AFILIACION I.M.S.S.: |
| C.U.R.P.: | CUENTA INVERSION:    |
| CODIGO:   |                      |
| PUESTO:   |                      |

### TIPO DE MOVIMIENTO

|                          |                       |         |
|--------------------------|-----------------------|---------|
| No. PLAZA:               | TIPO DE CONTRATACION: | R.U.P.: |
| CATEGORIA:               | CARACTER:             |         |
| TABULADOR:               | VIGENCIA:             |         |
| SUELDO MENSUAL TABULAR:  | HORARIO:              |         |
| ADSCRIPCIÓN:             |                       |         |
| ESTRUCTURA PROGRAMÁTICA: |                       |         |
| LOCALIDAD:               | TIPO DE TRAMITE: Alta |         |
| ZONA ECONÓMICA:          | MOTIVO:               |         |

### MODIFICACIÓN A PERCEPCIONES

|            |                   |
|------------|-------------------|
| SINDICATO: | TURNO VESPERTINO: |
|------------|-------------------|

### OBSERVACIONES

SUBDIRECCION DE RECURSOS HUMANOS

DIRECTOR GRAL. DE ADMINISTRACION

ORIGINAL: SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS  
 C.C.P. INSTITUTO DE PENSIONES DEL ESTADO  
 C.C.P. INTERESADO



## Anexo 6. Solicitud de Pagos de Seguridad Social

|  <b>SEFIPLAN</b><br>Secretaría de Finanzas<br>y Planeación   |                       |     |         |                                 |               |                  |         |
|---|-----------------------|-----|---------|---------------------------------|---------------|------------------|---------|
| DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN<br>SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS<br>DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD SOCIAL<br>SOLICITUD DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL<br>TRÁMITES DE PAGO POR CONCEPTO DE _____<br>PARA SER TRAMITADOS EN LA NÓMINA DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA QUINCENA: _____ |                       |     |         |                                 |               |                  |         |
| No.   | NOMBRE DEL TRABAJADOR | RFC | PARTIDA | NOMBRE DEL BENEFICIARIO(S)      | OBSERVACIONES | NUMERO DE CUENTA | IMPORTE |
| 1   |                       |     |         |                                 |               |                  | \$      |
| 2   |                       |     |         |                                 |               |                  |         |
| 3   |                       |     |         |                                 |               |                  |         |
| 4   |                       |     |         |                                 |               |                  |         |
| 5   |                       |     |         |                                 |               |                  |         |
| 6   |                       |     |         |                                 |               |                  |         |
| 7   |                       |     |         |                                 |               |                  |         |
| 8   |                       |     |         |                                 |               |                  |         |
| 9   |                       |     |         |                                 |               |                  |         |
| 10  |                       |     |         |                                 |               |                  |         |
| <b>TOTAL</b>  |                       |     |         |                                 |               |                  | \$ -    |
| ELABORÓ   |                       |     |         | AUTORIZA                        |               |                  |         |
| JEFE DEL DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD SOCIAL   |                       |     |         | SUBDIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS |               |                  |         |
| NOMBRE  |                       |     |         | NOMBRE                          |               |                  |         |
| XALAPA-ENRÍQUEZ, VER., A __ DE _____ DE 20__  |                       |     |         |                                 |               |                  |         |
| * NOTA: TODAS LAS CUENTAS SON DEL BANCO MERCANTIL DEL NORTE, S.A. (BANORTE)   |                       |     |         |                                 |               |                  |         |

## FIRMAS DE AUTORIZACIÓN

El presente documento consta de 174 páginas y corresponde a la actualización del mes de agosto del año 2024, la autoría y su actualización es competencia de la Subdirección de Recursos Humanos de la Secretaría de Finanzas y Planeación.



---

**José Luis Lima Franco**  
Secretario de Finanzas y Planeación



---

**Carlos Bernabé Pérez Salazar**  
Subsecretario de Finanzas y Administración



---

**Rosendo Herrera Huerta**  
Director General de Administración



---

**Ana Lilia Coxca Guarneros**  
Subdirectora de Recursos Humanos