

ÁREA RESPONSABLE:

Departamento de Recursos Humanos

PROCEDIMIENTO:

Nóminas

DURACIÓN TOTAL:

Desarrollar y administrar con políticas de calidad los recursos humanos, financieros, materiales y las tecnologías de la información con el objeto de que la operación de la SCT sea transparente, eficiente y eficaz.

OBJETIVO

Remunerar con oportunidad y eficiencia los sueldos, salarios y prestaciones a los Servidores Públicos por servicios personales subordinados prestados a la Dependencia, por medio de las cuentas bancarias donde serán recibidos los depósitos de los recursos económicos.

LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN

1. Para el pago de sueldos, salarios y prestaciones en tiempo y forma a los trabajadores de los diferentes centros de trabajo, el Centro SCT deberá aperturar cuenta bancaria para recibir los depósitos de recursos económicos.
2. Respetará lo señalado en los lineamientos de selección y contratación del personal y las Condiciones Generales de Trabajo vigentes en la Secretaría de Comunicaciones y Transportes.
3. El trámite se deberá efectuar siempre y cuando el trabajador ya cuente con su Constancia de Nombramiento y el oficio de asignación de plazas emitido por el Director General de la Unidad Administrativa.
4. Se indicará al trabajador los documentos que debe presentar al momento de requerir el trámite, informándole que el mismo es de carácter personal.
5. A efecto de realizar el pago correspondiente en forma quincenal a los Servidores Públicos del Centro SCT, éstos deberán contar con una Cuenta de Débito.
6. Para efectuar la captura de incidencias y movimientos de la nómina en el Sistema **SIACH**, se deberá de apegar al calendario emitido por la Dirección General de Recursos Humanos.

ÁREA RESPONSABLE:	Departamento de Recursos Humanos
PROCEDIMIENTO:	Nóminas
DURACIÓN TOTAL:	Desarrollar y administrar con políticas de calidad los recursos humanos, financieros, materiales y las tecnologías de la información con el objeto de que la operación de la SCT sea transparente, eficiente y eficaz.

7. Los descuentos al salario del trabajador por concepto de préstamos a corto y mediano plazo se deberán realizar en forma oportuna, en la cantidad y tiempo que se estipule en los documentos del préstamo.
8. Se deberá de atender y regularizar las inconformidades relativas al pago de remuneraciones a Servidores Públicos de los Centros SCT y Centros de Trabajo Foráneos.
9. Deberán abonar a la Línea de Crédito asignada al Centro SCT todos los reintegros de los pagos elaborados y cancelados por diversos motivos.
10. A los Servidores Públicos de base y confianza con antecedente de base, se les proporcionará vía nómina el pago de las diferentes prestaciones de acuerdo a las Condiciones Generales de Trabajo vigentes en esta Secretaría, según corresponda, Pago Supletorio, de Titulación, de Útiles Escolares, Licencia de Manejo y Ayuda de Lentes y/o Prótesis.
11. Conforme a los lineamientos que emite la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, el Centro SCT deberá de inscribir a todo Servidor Público de base o confianza que cause alta en la Secretaría y que desee disfrutar del beneficio que otorga el Fondo de Ahorro Capitalizable.
12. El Departamento de Recursos Humanos realizará la elaboración del Certificado de Último Pago, así como la expedición de comprobantes de ingresos.
13. En relación a los Sistemas SIA-SIAFF, se deberá conciliar el pago ejercido durante un ejercicio para determinar las diferencias y programar los recursos que se radicarán al Centro SCT para el siguiente ejercicio.
14. A fin de contar con la plantilla de personal y presupuesto autorizado debidamente actualizado, se deberán efectuar los trámites pertinentes ante la DGRH, debiendo requisitar en todos sus campos el Formato de “Solicitud de Afectación Presupuestaria”.
15. El Centro SCT deberá tramitar oportunamente las aportaciones bimestrales de los trabajadores adscritos al Centro SCT, al Sistema de Ahorro para el Retiro y Fondo de Vivienda (SAR), a fin de que al concluir su relación laboral con esta Secretaría cuenten con un beneficio económico.



ÁREA RESPONSABLE:	Departamento de Recursos Humanos
PROCEDIMIENTO:	Nóminas
DURACIÓN TOTAL:	Desarrollar y administrar con políticas de calidad los recursos humanos, financieros, materiales y las tecnologías de la información con el objeto de que la operación de la SCT sea transparente, eficiente y eficaz.

16. El Departamento de Recursos Humanos tramitará oportunamente la documentación relativa del personal que causa alta contratado como eventual, conforme al presupuesto autorizado, a efecto de que sea remunerado en el mínimo de tiempo posible.

ÁREA RESPONSABLE:	Departamento de Recursos Humanos
PROCEDIMIENTO:	Nominas
DURACIÓN TOTAL:	415 Días

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Actv. N°	Responsable	Descripción	Tiempo
		PARA APERTURA DE CUENTA DEL CENTRO SCT	15 días
1	Dirección General de Recursos Humanos	Envía oficio a los Centros para que soliciten la apertura de Cuenta Bancaria para el Pago de Salarios.	
2	Departamento de Recursos Humanos	Recibe y emite oficio a la Institución Bancaria de apertura de cuenta para el pago de sueldos.	3 días
3	Institución Bancaria	Recibe la solicitud de apertura de cuenta y envía contrato.	2 días
4	Subdirección de Administración	Recibe contrato, firma y recaba firmas del Director General, Subdirector de Obras y Jefe del Departamento de Recursos Financieros y turna a la Institución Bancaria.	3 días
5	Institución Bancaria	Recibe y autoriza la apertura de la cuenta.	2 días
6	Departamento de Recursos Humanos	Envía oficio a la Dirección General de Recursos Humanos (DGRH) informando la apertura de la cuenta de salarios.	10 días
7	TESOFE y Dirección General de Recursos Humanos	Radica recursos a la cuenta de salarios para el pago de sueldos.	5 días
8	Departamento de Recursos Humanos	Supervisa los movimientos de la cuenta.	1 día
		PARA APERTURA DE CUENTA DEL TRABAJADOR	4 días
9		Recibe documentación requerida al nuevo Servidor Público que ocupará alguna plaza vacante (base, confianza e interinato). Elabora oficio a la Institución Bancaria solicitando apertura de una cuenta y entrega el	

ÁREA RESPONSABLE:

Departamento de Recursos Humanos

PROCEDIMIENTO:

Nominas

DURACIÓN TOTAL:

415 Días

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Actv. N°	Responsable	Descripción	Tiempo
10	Dirección General de Recursos Humanos	<p>original y copia al trabajador, indicándole a él que se presente en la Institución con los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio en original y copia • Comprobante de domicilio • Copia de Credencial de Elector <p>Recibe del Servidor Público copia de su contrato de apertura de cuenta y se la proporciona al área de nómina, para captura del número de cuenta en la cual serán efectuados los depósitos.</p>	20 días
11	Departamento de Recursos Humanos	<p>Envía oficio con calendario de las fechas de captura de incidencias y movimientos para la elaboración de nómina de sueldos, operaciones ajenas, y nóminas extraordinarias e informa vía correo electrónico o teléfono el horario y tiempo de captura en el Sistema SICH.</p> <p>Captura en el Sistema SICH todas las incidencias y prestaciones (descuentos a corto y mediano plazo, reclamaciones por pagos indebidos o en demasía, reintegros, faltas, responsabilidades y todas aquellas prestaciones a que tiene derecho el Servidor Público de acuerdo a las Condiciones Generales de Trabajo vigentes) si hubiera, de acuerdo a los formatos establecidos (sólo para nómina de salarios):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formato Control de Descuentos ISSSTE. • Control de Pagos Indebidos o en Demasía (MP-CSCT-PR22-P09-F01). • Reintegros Efectuados a la Cuenta de la TESOFE y tramitados al SIA-SIAFF (MP-CSCT-PR22-P09-F02). • Solicitud de Pago Supletorio(MP- 	2 días

ÁREA RESPONSABLE:

Departamento de Recursos Humanos

PROCEDIMIENTO:

Nominas

DURACIÓN TOTAL:

415 Días

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Actv. N°	Responsable	Descripción	Tiempo
		<p>CSCT-PR22-P09-F04).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prótesis y/o Lentes • Licencia de Manejo • Útiles Escolares • Ayuda por Titulación • Puntualidad y Eficiencia • Estímulos y Recompensas <p>Y mediante Nómina Extraordinaria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Años de Servicios Prestados a la Federación. • Ayuda por Deceso de un Familiar • Pago por Defunción • Día de las Madres • Días Económicos <p>y notifica vía correo electrónico y teléfono a la DGRH que ha concluido la captura.</p>	
12	Dirección General de Recursos Humanos	Verifica y aplica cada movimiento y devuelve la nómina mediante el Portal Colabora para la verificación de movimientos e incidencias.	2 días
13	Departamento de Recursos Humanos	Verifica la pre nómina y de no existir ninguna modificación, notifica vía correo electrónico y teléfono su aprobación, y se comienzan a elaborar las Cuentas por Liquidar de Salarios, Operaciones Ajenas o Nóminas Extraordinarias.	2 días
14		Verifica, elabora e imprime las Cuentas por Liquidar para Salarios, Operaciones Ajenas o Nóminas Extraordinarias en el Sistema SIA/2007 de sueldos y procede a la interfase con el Programa SIAFF	2 días
15	Departamento de Recursos	Recibe las Cuentas por Liquidar y le dan el	3 días

ÁREA RESPONSABLE:

Departamento de Recursos Humanos

PROCEDIMIENTO:

Nominas

DURACIÓN TOTAL:

415 Días

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Actv. N°	Responsable	Descripción	Tiempo
16	Financieros	trámite correspondiente ante el Programa SIAFF-SHCP. Envía al Departamento de Recursos Humanos las copias fotostáticas de las Cuentas por Liquidar pagadas que emita el SIAFF y pagos programados para su conciliación.	
17	Departamento de Recursos Humanos	Recibe las Cuentas por Liquidar emitidas por el SIAFF y mediante oficio informa si fue correcto el trámite o interfase de las Cuentas por Liquidar.	3 días
18		INSCRIPCIÓN, DESCUENTO Y LIQUIDACIÓN DEL FONAC A LOS TRABAJADORES Recibe de la DGRH, circular mediante la cual se emiten los lineamientos para la inscripción, de los trabajadores al Fondo de Ahorro Capitalizable (FONAC) (Formato de Cédula de Inscripción Individual) (FONAC-01), y así mismo se dan a conocer los lineamientos para la desincorporación de los trabajadores que causan baja por (renuncia, fallecimiento, incapacidad o invalidez, por voluntad expresa, promoción a mando medio o superior, licencia sin goce de sueldo u otros motivos) y elabora circular a la base trabajadora de base y confianza para dar a conocer los citados lineamientos.	15 días
19		Elabora la Cédula de Inscripción Individual del Trabajador que así lo solicitó para efectuar el descuento correspondiente y entrega al área de nóminas para su descuento quincenal en el concepto 21, considerando que el FONAC funciona por ciclos anuales iniciando el 16 de julio de cada año y concluyendo al 15 de julio del	3 días

ÁREA RESPONSABLE:

Departamento de Recursos Humanos

PROCEDIMIENTO:

Nominas

DURACIÓN TOTAL:

415 Días

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Actv. N°	Responsable	Descripción	Tiempo
20		año siguiente, así mismo cada ciclo comprende 2 periodos, el ordinario del 16 de julio al 15 de enero del año siguiente y el extraordinario del 16 de enero al 16 de julio del año siguiente al del inicio del ciclo. Realiza a través del área de nómina el descuento correspondiente a los trabajadores inscritos en el FONAC quincenalmente y emite las contabilidades.	2 días
21		Requisita el Formato FONAC-03 donde se especifican las aportaciones quincenales por parte de los trabajadores inscritos, debiendo coincidir con la citada contabilidad de nómina, así mismo las aportaciones del Gobierno Federal y la aportación del Sindicato que es de un 25% del total de las cuotas sindicales retenidas que se distribuyen en partes iguales entre el total del personal de base incorporado al FONAC y que se le descuenta concepto 58, 58A, 58B, 58C (Cuotas Sindicales).	2 días
22		Requisita el Formato FONAC-04 mediante el cual se indicará si se presentó alguna baja del personal inscrito a este beneficio durante la quincena que se reporta.	2 días
23		Integrados estos documentos se debe de solicitar al área de nómina las Cuentas por Liquidar mediante las cuales fueron efectuados los pagos correspondientes al FONAC de la quincena en curso.	1 día
24		Elabora oficio a la Dirección de Remuneraciones para el envío de la siguiente documentación: <ul style="list-style-type: none"> • Formato FONAC-03 	1 día

ÁREA RESPONSABLE:

Departamento de Recursos Humanos

PROCEDIMIENTO:

Nominas

DURACIÓN TOTAL:

415 Días

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Actv. N°	Responsable	Descripción	Tiempo
25		<ul style="list-style-type: none"> • Formato FONAC-04 • Relación de Movimiento • Contabilidad de Nómina de la Quincena que corresponda • Cuentas por Liquidar Certificadas <p>Así mismo turna oficio con toda la documentación a la Subdirección de Administración para la firma de autorización.</p>	3 días
26	Departamento de Recursos Humanos	<p>Recibe y envía los formatos vía correo electrónico digitalizada (escaneada), conforme a calendario establecido por la Dirección de Remuneraciones al Departamento de SAR y FONAC, y envía toda la documentación original a la Dirección de Remuneraciones.</p> <p>Requisita cuando hay una solicitud por parte del trabajador que se desincorpora los siguientes formatos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oficio de Solicitud de Pago por Desincorporación • Copia del Recibo de Pago en la Quincena que se desincorpora del citado beneficio • Formato de Situación de Personal Federal (G13) • 	3 días
27	Subdirección de Administración	<p>Recibe, revisa y valida con la Dirección General (No creo que sea necesaria la participación de la Dirección General en este punto) todos y cada uno de los documentos efectuando su devolución al Departamento de Recursos Humanos quien continuará con el trámite correspondiente.</p>	3 días

ÁREA RESPONSABLE:	Departamento de Recursos Humanos
PROCEDIMIENTO:	Nominas
DURACIÓN TOTAL:	415 Días

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Actv. N°	Responsable	Descripción	Tiempo
28	Departamento de Recursos Humanos	Recibe y envía a través de la mesa de correspondencia toda la documentación original a la Dirección de Remuneraciones recabando sello de recibido.	2 días
29	Dirección de Remuneraciones	Recibe la documentación y continúa con el trámite correspondiente que consta aproximadamente de treinta días para la elaboración del cheque de pago por desincorporación.	2 días
30	Departamento de Recursos Humanos	Elabora oficio a la DGRH, informando que el Servidor Público está facultado para recibir el cheque del trabajador desincorporado.	1 hora
31	Departamento de SAR y FONAC	Entrega al Servidor Público facultado conforme a oficio el (los) cheque(s) del personal desincorporado.	1 día
32	Departamento de Recursos Humanos	Entrega cheque(s) al beneficiario, el cual debe de entregar fotocopia de su credencial de elector y firma la nómina de recibido, y elabora oficio a la Dirección de Remuneraciones para la comprobación correspondiente.	4 días
33	Departamento de Recursos Humanos	Recibe por parte de la DGRH, circular mediante la cual se emiten los lineamientos para la liquidación anual de aportaciones a los trabajadores inscritos en el FONAC.	15 días
34		Efectúa la revisión y validación del Padrón de Liquidación, en relación al monto y número de personal a liquidar e informa a la Dirección de	2 días

ÁREA RESPONSABLE:	Departamento de Recursos Humanos
PROCEDIMIENTO:	Nominas
DURACIÓN TOTAL:	415 Días

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Actv. N°	Responsable	Descripción	Tiempo
35	Servidor Público Facultado	Remuneraciones mediante oficio el total de trabajadores; emite oficio a la DGRH del Servidor Público facultado para recibir los cheques de los trabajadores. Entrega al Departamento de Recursos Humanos los cheques recibidos y los documentos comprobatorios a requisitar.	2 días
36	Departamento de Recursos Humanos	Elabora nóminas para la entrega de cheques a cada uno de los trabajadores inscritos a este beneficio y que concluyeron el periodo normal.	7 días
37		Elabora oficio a la Dirección de Remuneraciones para comprobar la entrega del cheque a cada trabajador, requisitando los siguientes formatos: <ul style="list-style-type: none"> • Original de la Nómina • Formato FONAC- 02 • Formato FONAC-15 • Formato FONAC-8 Y turna oficio con toda la documentación a la Subdirección de Administración para su firma correspondiente.	10 días
38	Subdirección de Administración	Recibe, revisa y valida todos y cada uno de los documentos efectuando su devolución al Departamento de Recursos Humanos, quien continuará con el trámite.	2 días
39	Departamento de Recursos Humanos	Recibe y envía la documentación en original a la Dirección de Remuneraciones recabando el sello de recibido.	5 días
		CERTIFICADO DE ULTIMO PAGO	5 días

ÁREA RESPONSABLE:	Departamento de Recursos Humanos
PROCEDIMIENTO:	Nominas
DURACIÓN TOTAL:	415 Días

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Actv. N°	Responsable	Descripción	Tiempo
40		Recibe documentación relativa al cambio de adscripción del personal y notifica la baja del Servidor Público a nóminas para que elabore el movimiento en el Sistema SICAH.	
41		El Formato “Certificado de Último Pago” se elabora en tres copias y se envía al Subdirector de Administración del Centro SCT para su firma y envío al Centro SCT al que se adscribe el trabajador, informando del cambio de adscripción correspondiente, así mismo para la expedición de Comprobante de Ingresos recibirá del Centro de Trabajo la solicitud correspondiente, el cual se obtiene del archivo de nómina de la quincena solicitada.	5 días
42		Distribuye oficio de cambio de adscripción, así como certificado de último pago de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> • Al Centro SCT de nueva adscripción, original. • A la DGRH, copia • Al interesado, copia • Al archivo, copia 	2 días
		CONCILIACION SIA-SIAFF CON DIRECCION DE PRESUPUESTO DE SERVICIOS PERSONALES	5 días
43	Dirección de Presupuesto de Servicios Personales	Envía oficio especificando fecha de conciliación del Capítulo 1000 (Servicios Personales), gasto corriente en Oficinas Centrales, del ejercicio correspondiente.	
44	Departamento de Recursos Humanos y Departamento de	Asiste a la DGPOP y a la DGRH para efectuar la conciliación respectiva (Formato de	3 días

ÁREA RESPONSABLE:

Departamento de Recursos Humanos

PROCEDIMIENTO:

Nominas

DURACIÓN TOTAL:

415 Días

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Actv. N°	Responsable	Descripción	Tiempo
45	Recursos Financieros	<p>Conciliación SIA-SIAFF)</p> <p>Efectúa conciliación de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ejercido CLC SIA enero – diciembre • Ejercido CLC SIAFF enero – diciembre • Ejercido CLC SIA-SIAFF enero – diciembre • Reintegros aplicados SIA-SIAFF enero – diciembre • Oficios de rectificación aplicados SIA-SIAFF enero – diciembre • Ejercido Capítulo 1500 Prestaciones • Ejercido Ampliación-Reducción enero – diciembre • Se genera estado del ejercicio definitivo • Se determinan diferencias SIA-SIAFF si hubiera • Se elabora minuta de observaciones y diferencias • Se determina fecha compromiso para corrección de diferencias si las hubiera • 	3 días
46		Coordina para analizar las observaciones y elaborar oficios de rectificación, glosas, o reintegros en caso de existir observaciones y dejarlas esclarecidas, así mismo elabora y firma la minuta en las observaciones, y fijan fecha de atención.	3 días
47		Devuelve mediante oficios a Oficinas Centrales minuta debidamente firmada por la Subdirección de Administración, adjuntando correcciones de observaciones si las hubiera.	15 días
48	Dirección de Presupuesto de	Recibe la documentación antes mencionada.	4 días

ÁREA RESPONSABLE:	Departamento de Recursos Humanos
PROCEDIMIENTO:	Nominas
DURACIÓN TOTAL:	415 Días

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Actv. N°	Responsable	Descripción	Tiempo
	Servicios Personales		
		AFECTACIONES PRESUPUESTARIAS	2 días
49	Departamento de Recursos Humanos	Elabora oficio de Solicitud de Ampliación y/o Adecuación de Recursos Presupuestarios, así como el Formato de Solicitud de Afectación Presupuestaria.	
50	Dirección General de Recursos Humanos	Recibe la solicitud y revisa la calendarización de recursos a reubicar y analiza la ampliación a nuestro techo financiero, devuelve afectación para su corrección y calendarización adecuada.	12 días
51	Departamento de Recursos Humanos	Devuelve afectación corregida debidamente firmada para su autorización de la DGRH y la SHCP.	7 días
52	Dirección General de Recursos Humanos	Envía a la SHCP la afectación para su autorización y aplicación al SIA.	10 días
53	SHCP	Aplica la afectación en el Programa SIA-SIAFF	30 días
54	Departamento de Recursos Humanos	Recibe documentación de autorización de los movimientos solicitados y continúa con el trámite correspondiente.	30 días
		APORTACIONES AL SAR	67 días
55		Aplica los lineamientos emitidos por la CONSAR y el SIRI, para el pago del Sistema de Ahorro para el Retiro y Fondo de la Vivienda, se elabora antes del día 17 de cada bimestre, solicitando al área de nómina el Formato de Pago "Línea de Captura", que se genera de las cuatro quincenas correspondientes al bimestre.	



ÁREA RESPONSABLE: Departamento de Recursos Humanos
PROCEDIMIENTO: Nominas
DURACIÓN TOTAL: 415 Días

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Actv. N°	Responsable	Descripción	Tiempo
56		Recibe la Línea de Captura de Nóminas y envía por correo electrónico al Departamento de SAR y FONAC	67 días
57		Elabora oficio a la Dirección de Remuneraciones para el envío de la Línea de Captura original. TERMINO DEL PROCEDIMIENTO	2 días



CENTRO S.C.T.
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS
CONTROL DE PAGOS INDEBIDOS O EN DEMASIA

FECHA DE CORRECCION 1

FECHA 2

QUINCENA	FOLIO DE CLC	FOLIO DE DEPENDENCIA	PARTIDA	IMPORTE \$	SUB-UNIDAD	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CONCEPTO	EN MENOS	EN MAS
3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

ELABORO

VO.BO.

13

14

ÁREA RESPONSABLE:

Departamento de Recursos Humanos

PROCEDIMIENTO:

Nominas

FORMATO:

Control de Pagos Indebidos o en Demasía

RESGUARDO

GUIA DE LLENADO

Campo	Datos que deberán anotarse
1	Fecha de la quincena en que se aplica la corrección
2	Fecha de elaboración de formato
3	Numero de quincena de nomina
4	Folio de CLC en SIAFF
5	Folio de dependencia del SIA
6	Partida afectada en el pago en demasía
7	Importe del pago en demasía
8	Subunidad donde se efectuó el pago en demasía
9	Nombre del trabajador que se le pago la demasía
10	Descripción del concepto del pago en donde se pago la demasía
11	Importe del pago si fue en menos
12	Importe del pago si fue en más
13	Nombre del servidor publico que elaboro la información
14	Nombre del servidor publico del área responsable.

REINTEGROS EFECTUADOS A LA CUENTA DE LA TESOFE, Y TRAMITADOS AL SIA-SIAFF

	NUMERO DE PROCESO	FOLIO DE CLC	FOLIO DE DEPENDENCIA	PARTIDA	IMPORTE S	SUB- UNIDAD	CLAVE PROGRAMATICA	NOMBRE REINTEGRO	CONCEPTO DEL	RECHAZADO O ACEPTADO	OBSERVA CIONES
	1	2	3	4	5	6	7	8		9	10

11 TOTAL DEL REINTEGRO: **0.00**

ELABORO
12

VO.BO.
13

ÁREA RESPONSABLE:

Departamento de Recursos Humanos

PROCEDIMIENTO:

Nominas

FORMATO:

Reintegros Efectuados a la Tesofe y
Tramitados al SIA- SIAFF

RESGUARDO

GUIA DE LLENADO

Campo	Datos que deberán anotarse
1	Numero de Proceso del SIAFF
2	Folio de CLC del SIAFF
3	Folio de Dependencia del SIAFF
4	Partida en donde Se Efectuara el Reintegro
5	Importe del Reintegro
6	Subunidad donde se Efectuara el Reintegro
7	Clave Programática de la Subunidad
8	Nombre del Trabajador o Concepto del Reintegro
9	Estatus Proporcionado por el SIAFF, después de Capturar el Reintegro.
10	Observaciones
11	Importe Total del Reintegro
12	Nombre del Trabajador que Elaboro la Información
13	Vo.Bo. del Jefe Inmediato

CENTRO SCT
 SUBDIRECCION DE ADMINISTRACION
 DEPTO. DE RECURSOS HUMANOS
ANALITICO DE PLAZAS AUTORIZADAS EN PLANTILLA VS. PAGADAS EN NOMINA AL (1)
SUB-UNIDAD (2) PLANTILLA
ANALISIS DE LOS CENTROS DE TRABAJO: (3)

No.	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CURP	PUESTO	S/PLANTILLA					PAGADA	DIF.	OBSERVACIONES
				CODIGO	NIVEL	ESC.	No. PLAZA	AUT.			
(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)
TOTAL								(16)	(17)	0	

ÁREA RESPONSABLE:

Departamento de Recursos Humanos

PROCEDIMIENTO:

Nominas

FORMATO:

Registro de Control de Plantilla

RESGUARDO

GUIA DE LLENADO

Campo	Datos que deberán anotarse
1	Fecha de la nómina que se utilizará para efectuar la conciliación de las plazas autorizadas
2	Dígitos de la subunidad de la cual se efectúan la conciliación
3	Nombre del centro de Trabajo
4	Consecutivo de los registros capturados
5	Nombre del servidor público adscrito a esa subunidad
6	Especificar la CURP de cada servidor público
7	Nombre del puesto que ocupa el servidor público
8	Código del puesto conforme a catálogo
9	Nivel del puesto
10	Escala conforme a zona geográfica
11	Número con el cual se encuentra registrada la plaza en sistema
12	Número de plazas autorizadas conforme a código de puesto
13	Número de plazas que en la quincena se encuentran pagadas conforme a puesto
14	Diferencias que se detecten entre plazas autorizadas y pagadas en la quincena conforme a código de puesto.
15	Las observaciones que se consideren pertinentes por cada grupo de puesto.
16	Suma total de las plazas autorizadas
17	Suma total de las plazas pagadas

OFICIALÍA MAYOR
DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS

CARTA COMPROMISO No. (DE

(1) CONTROL INTERNO DE LA U.A.)

C. (NOMBRE DEL TITULAR) (2)
SUBDIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN (O EQUIVALENTE)
DEL (NOMBRE DEL CENTRO SCT)
P R E S E N T E.

Por medio de la presente comunico a usted que ningún descendiente de la suscrita goza o gozará durante el presente año, del Servicio de Guardería en las Estancias de Bienestar Infantil del ISSSTE. Por lo cual solicito el “**Pago Supletorio**”, conforme a lo indicado, para estos casos, por el Artículo 127 de las Condiciones Generales de Trabajo vigentes en esta Secretaría.

(3)
FOTO

DEL
TRABAJADOR

(4)
FOTO

DEL
DESCENDIENTE

NOMBRE DEL DESCENDIENTE(5)
(APELLIDO PATERNO, MATERNO Y
NOMBRE(S))

FECHA DE
NACIMIENTO(6)
(DD-MM-AAAA)

NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR (A)
(7)
(APELLIDO PATERNO, MATERNO Y
NOMBRE(S))

FILIACIÓN
(8)

NOTA: De existir alguna irregularidad en la información proporcionada, me comprometo a reintegrar el pago que se ha efectuado en el presente año, sin menoscabo de incurrir en otras responsabilidades.(9)

LUGAR Y FECHA (DE ELABORACIÓN)

ÁREA RESPONSABLE:

Departamento de Recursos Humanos

PROCEDIMIENTO:

Nóminas

FORMATO:

Solicitud de Pago Supletorio

RESGUARDO

3 AÑOS

GUIA DE LLENADO

Campo	Datos que deberán anotarse
1	Numero de carta compromiso
2	Nombre del titular
3	Foto del trabajador
4	Foto del descendiente
5	Nombre del descendiente (apellido paterno, materno y nombre(s))
6	Fecha de nacimiento
7	Nombre y firma del trabajador (a) (apellido paterno, materno y nombre(s))
8	Filiación
9	Nota



CENTRO S.C.T. _____

DEPTO. DE RECURSOS HUMANOS

DATOS DEL TRABAJADOR

Form with fields for worker data: NOMBRE, DOM. PART., ADSCRIPCION, CODIGO ACTUAL, PUESTO, CURP, FILIACION, TEL. PART., TEL. OFNA., ANOTAR EL CODIGO DEL ANTECEDENTE DE BASE.

VALIDO EL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS
EL JEFE DEL DEPTO. DE REC. HUMANOS

(11) _____
(NOMBRE DEL JEFE)

(12) SELLO

Table with 3 columns: REQUISITOS, SI, NO. Rows include medical prescription and fiscal invoice requirements.

BUENO POR \$ (15) _____ (CON NUMEROS)

RECIBI, de la Secretaria de Comunicaciones y Transportes por conducto del Centro SCT la Cantidad de \$ _____ (IMPORTE CON LETRAS) (16)

Por concepto de "ayuda Económica para la adquisición de (LENTES O PRÓTESIS) (17)
Efectuada en (18) R.F.C. (19)

De acuerdo con lo establecido en el Artículo 69 Fracción XXV de las condiciones Generales de trabajo vigentes en esta Secretaría.

(20) Firma del solicitante: (21) _____, a ___ de _____ de 20__.

Nota: La documentación no debe presentar tachaduras ni enmendaduras, y es responsabilidad de cada Centro S.C.T. el origen y validación de la documentación, que remiten a esta área para la obtención del pago.

VERIFICO
SUBDIRECTOR DE ADMINISTRACION

Vo. Bo.
EL DIRECTOR GENERAL

(22) (NOMBRE)

(23) (NOMBRE)

ÁREA RESPONSABLE:	Departamento de Recursos Humanos
PROCEDIMIENTO:	Ayuda de Lentes o Prótesis
FORMATO:	Solicitud de Prótesis o Lentes RESGUARDO

GUIA DE LLENADO

Campo	Datos que deberán anotarse
1	Nombre(s), apellido paterno y materno del servidor público
2	Domicilio particular del servidor público
3	Área o centro de trabajo de adscripción
4	Código del puesto de acuerdo al Catálogo de puestos del Centro SCT
5	Nombre del puesto
6	CURP del servidor público
7	Registro Federal de Contribuyentes
8	Teléfono particular del servidor público
9	Teléfono de la oficina donde labora el servidor público
10	Utilizar el código en caso de antecedente de base
11	Nombre y firma del Jefe del Departamento de Recursos Humanos
12	Sello de la Dependencia
13	Marcar con una "X" si cuenta con prescripción médica debidamente requisitada
14	Marcar con una "X" si cuenta con factura debidamente requisitada
15	Importe con números
16	Importe con letras
17	Especificar si es ayuda para prótesis o lentes
18	Razón social o persona física
19	Registro Federal de Contribuyentes
20	Firma del servidor público solicitante
21	Fecha
22	Nombre y firma del Subdirector de Administración
23	Nombre y firma del Director General del Centro SCT.



_____ (1) a _____ de _____ del 20__

BUENO POR: \$ _____ (2)

RECIBÍ DE LA SECRETARÍA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES, POR CONDUCTO DEL CENTRO SCT _____ (3) _____, LA CANTIDAD DE:

_____ (4) _____

POR CONCEPTO DE AYUDA PARA LA RENOVACIÓN DE LICENCIA DE MANEJO, DE ACUERDO A LA PARTIDA 1507 “OTRAS PRESTACIONES”

FIRMA DEL INTERESADO

(5)

NOMBRE
RFC

(6)

(7)

AUTORIZÓ
EL JEFE DE DEPARTAMENTO DE
RECURSOS HUMANOS

Vo. Bo.
EL SUBDIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN

ÁREA RESPONSABLE:

Departamento de Recursos Humanos

PROCEDIMIENTO:

Nóminas

FORMATO:

Recibo de Pago por Renovación de Licencia de
Manejo

RESGUARDO

GUIA DE LLENADO

Campo	Datos que deberán anotarse
1	Anotar el lugar y fecha de expedición
2	Importe con número
3	Nombre del Centro SCT
4	Importe con letras
5	Nombres (s), apellido paterno y materno, R.F.C, Código y No. de Empleado.
6	Nombre y firma del Jefe del Departamento de Recursos Humanos
7	Nombre y firma del Subdirector de Administración



OFICIALÍA MAYOR
 DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS
 DIRECCIÓN DE ASUNTOS LABORALES

"RELACIÓN DE TRABAJADORES CON DERECHO A LA AYUDA DE ÚTILES ESCOLARES DE 2007"

No.	UNIDAD ADMIVA	FILIACION		DATOS DEL TRABAJADOR				CODIGO DEL PUESTO			DATOS DEL DESCENDIENTE		GRADO DE ESTUDIOS	PROMEDIO DE CALIFICACION
		FILIACION	CURP	A. PATERNO	A. MATERNO	NOMBRE (s)	ACTUAL	ANT. BASE	PATERNO	MATERNO	NOMBRE (s)			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Nº DE CASOS: 16

TOTAL A PAGAR 15

Elaboró
 Jefe del Depto. de Recursos Humanos

Vo.Bo.
 Subdirectora de Administración

Autorizó
 Director General

17

18

19

ÁREA RESPONSABLE:

Departamento de Recursos Humanos

PROCEDIMIENTO:

Trámite para Pago de Útiles Escolares.

FORMATO:

Relación de Trabajadores con Derecho a la
Ayuda de útiles Escolares.

RESGUARDO

GUIA DE LLENADO

Campo	Datos que deberán anotarse
1	No. Consecutivo
2	No. de la Unidad Administrativa o Centro SCT.
3	No. de empleado que le corresponda
4	Registro Federal de Contribuyente
5	CURP del servidor público
6	Apellido paterno
7	Apellido materno
8	Nombre(s)
9	Código actual del Servidor Público
10	Anotar el código en caso de antecedente de base
11	Apellido paterno
12	Apellido materno
13	Nombre(s)
14	Nivel de estudios que cursa el menor (hasta 3ro. de Secundaria)
15	Importe total a pagar
16	No. de Casos
17	Nombre y firma autógrafa del Jefe del Departamento de Recursos Humanos.
18	Nombre y firma autógrafa del Subdirector de Administración o equivalente.
19	Nombre y firma autógrafa del Director General de la unidad administrativa o del centro SCT (o equivalente).
20	Fecha de elaboración del documento.



CENTRO S.C.T. _____
SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
DEPTO. DE RECURSOS HUMANOS

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE: _____ (1)	FILIACION: _____ (7)
DOM. PART. : _____ (2)	TEL. PART. : _____ (8)
ADSCRIPCIÓN _____ (3)	TEL. OFNA. : _____ (9)
CODIGO ACTUAL _____ (4)	ANOTAR EL CODIGO DEL ANTECEDENTE DE BASE _____ (10)
PUESTO _____ (5)	No. de Emp. _____ (11)
CURP _____ (6)	

VALIDO EL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS
EL JEFE DEL DEPTO. DE REC. HUMANOS

_____ (12)
NOMBRE (12)

(13)
SELLO

REQUISITOS (14)		SI	NO
1.	Copia de la Constancia de Estudios y/o Oficios de convenios	X	
2.	Copia del Acta de Exámen Profesional		
3.	Copia Fotostática de la Credencial Administrativa		
4.	Copia Fotostática del último Comprobante de Percepciones y Descuentos		
5.	Copia Fotostática de la Curp.		

BUENO POR \$ **(CON NUMEROS) (15)** _____

RECIBI, de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes por conducto del Centro SCT la cantidad de -----
\$ **(IMPORTE CON LETRAS (16))** _____
Por concepto de "ayuda Económica" **(17)** _____
De acuerdo con lo establecido en el Art. 128 de las condiciones Generales de trabajo vigentes en esta Secretaría

Firma del solicitante: _____ (19) , a _____ de _____ del 200
(20)

Nota: La documentación no debe presentar tachaduras ni enmendaduras, y es responsabilidad de cada Centro S.C.T. el origen y validación de la documentación, que remiten a esta área para la obtención del pago.

VERIFICO
SUBDIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN

Vo. Bo.
EL DIRECTOR GENERAL

NOMBRE (20)

NOMBRE (21)

ÁREA RESPONSABLE:

Departamento de Recursos Humanos

PROCEDIMIENTO:

Nominas

FORMATO:

Solicitud de Pago de Titulación

RESGUARDO

GUIA DE LLENADO

Campo	Datos que deberán anotarse
1	Nombre (s), apellido paterno y materno del servidor público
2	Domicilio particular del servidor público
3	Área o centro de trabajo de adscripción
4	Código del puesto de acervo al catálogo de puestos del Centro SCT
5	Nombre del Puesto
6	CURP del servidor público
7	Registro Federal de Contribuyentes
8	Teléfono particular del servidor público
9	Teléfono de la oficina donde labora el servidor público
10	Utilizar el código en caso de antecedente de base
11	Número del Empleado
12	Nombre y Firma del Jefe de Departamento de Recursos Humanos
13	Sello de la Dependencia
14	Requisitos que deben entregar el trabajador. Marca con una "x" si cuenta con los requisitos
15	Importe con número
16	Importe con letras
17	Especificar el concepto
18	Firma del servidor público solicitante
19	Día, Mes y Año
20	Nombre y firma del Subdirector de Administración
21	Nombre y Firma del Director General del Centro SCT

DIRECCION GENERAL DE RECURSOS HUMANOS
DIRECCION DE FORMALIZACION LABORAL



DIRECCION GENERAL DE: CENTRO S.C.T.

Lugar: (2) _____ 43 de _____ del (4) _____

"PERSONAL DESTACADO POR PUNTUALIDAD Y EFICIENCIA DEL 200
TOTAL DE TRABAJADORES DE BASE Y CONFIANZA QUE COTIZAN AL SINDICATO

No. CONS.	FILIACION	NOMBRE (Apellido Paterno, Materno, Nombres)	CODIGO DEL PUESTO ACT.	CODIGO ANT. DE BASE*	SUELDO MENSUAL	DIAS A PAGAR	IMPORTE
(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)

TOTAL A PAGAR: (13) _____

NOTA:

- En esta columna deberá anotar el último código de base
- **Hago constar que los (14) _____ servidores públicos arriba relacionados, son los que se han hecho acreedores al "Incentivo de Puntualidad y Eficiencia" por el año del 200 (15) _____ dicho personal cuenta en los archivos de esta Unidad Administrativa a mi cargo, con código de base y de confianza con antecedentes de base y/o cotiza al Sindicato, así mismo se cuenta con las evaluaciones de los cuatro trimestres y lo registros de asistencia que demuestran realmente que son acreedores a dicho incentivo.

TOTAL DE CASOS : (16) _____ DE 05 DIAS
 _____ DE 15 DIAS
 _____ DE 30 DIAS
 TOTAL

ELABORO

Vo. Bo.

AUTORIZO

(17) _____
 EL JEFE DEL DEPARTAMENTO
 DE RECURSOS HUMANOS

(18) _____
 EL SUBDIRECTOR DE
 ADMINISTRACION

(19) _____
 EL DIRECTOR GENERAL

SA-HI-CEU-050

puntualidadyefic

ÁREA RESPONSABLE:

Departamento de Recursos Humanos

PROCEDIMIENTO:

Nominas

FORMATO:

Personal Destacado por Puntualidad y Eficiencia

RESGUARDO

GUIA DE LLENADO

Campo	Datos que deberán anotarse
01	Indicar el Centro SCT que corresponda.
02	Lugar dónde se encuentra ubicado el Centro SCT.
03	Lugar y fecha (día, mes y año) de elaboración.
04	Indicar el año que corresponda la presente relación.
05	Anotar el número consecutivo por cada trabajador.
06	Registro Federal de Contribuyentes del Trabajador.
07	Nombre completo del trabajador (apellido paterno, materno y nombres).
08	En esta columna deberá de anotarse el código actual del trabajador.
09	En esta columna deberá de anotarse el último código de base.
10	Indicar el sueldo mensual que percibe el trabajador.
11	Indicar el total de días a pagar.
12	Anotar el importe a pagar.
13	Indicar el monto total a pagar.
14	Especificar en número el total del personal que está relacionado y con derecho a percibir el estímulo.
15	Especificar el año al cual se refiere el estímulo.
16	Especificar por caso los días a pagarse.
17	Nombre y firma del jefe del Departamento de Recursos Humanos.
18	Nombre y firma del Subdirector de Administración.
19	Nombre y firma del Director General.



CENTRO S.C.T.

SUBDIRECCION DE ADMINISTRACION
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS
OFICINA DE SERV. SOC. CULT. Y DEPORTIVOS

SOLICITUD DE AYUDA ECONOMICA POR FALLECIMIENTO DE FAMILIAR

LUGAR Y FECHA: _____ (1)

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES
PRESENTE:

ME PERMITO SOLICITAR SU APOYO ECONOMICO, POR EL FALLECIMIENTO DE MI :
_____ (2)

DATOS PERSONALES

NOMBRE: _____ (3)

R.F.C.: _____ (4) CODIGO DEL PUESTO: _____ (5)

DESCRIPCION DEL PUESTO: _____ (6)

ADSCRIPCION: _____ (7)

DOMICILIO OFNA. _____ (8) TEL. OFNA. : _____ (9)

DOMICILIO PARTICULAR: _____ (10)

CALLE

No. EXT.-INT.

COLONIA

C.P.

LOCALIDAD

TELEFONO

DOCUMENTACION ANEXA

- ° SOLICITUD ORIGINAL Y UNA FOTOCOPIA
- ° RECIBO ORIGINAL Y UNA COPIA
- ° FACTURA DE GASTOS FUNERARIOS A NOMBRE DEL TRABAJADOR ORIGINAL Y COPIA
- ° ACTA DE DEFUNCION ORIGINAL Y COPIA
- ° ACTA DE NACIMIENTO DEL TRABAJADOR DOS COPIAS
- ° CREDENCIAL DE LA S.C.T. DOS COPIAS
- ° ULTIMO TALON DE PAGO DOS COPIAS

EL TRABAJADOR

(11)

NOMBRE Y FIRMA

SA-RH-CSSCD-063

FORMA001

ÁREA RESPONSABLE:

Departamento de Recursos Humanos

PROCEDIMIENTO:

Nominas

FORMATO:

Solicitud de Ayuda por Fallecimiento de un Familiar.

RESGUARDO

GUIA DE LLENADO

Campo	Datos que deberán anotarse
01	Ciudad y fecha de elaboración de solicitud.
02	Ubicar el grado de parentesco del finado.
03	Nombre completo: Apellido paterno, materno y nombre (s), del trabajador.
04	Registro Federal de Contribuyentes.
05	Código de Puesto, de acuerdo al “Catálogo de puesto”.
06	Describe nombre del puesto.
07	Nombre del Centro de Trabajo de Adscripción.
08	Domicilio del Centro de Trabajo.
09	Número Telefónico del Centro de Trabajo.
10	Domicilio particular de la forma siguiente: Calle, Número Exterior e Interior, Colonia, C. P., Localidad y Teléfono.
11	Nombre y firma del trabajador.

ÁREA RESPONSABLE:

Departamento de Recursos Humanos

PROCEDIMIENTO:

Nomina

FORMATO:

Relación de Trabajadores con Derecho al
Pago de Días Económicos

RESGUARDO

GUIA DE LLENADO

Campo	Datos que deberán anotarse
1	Año correspondiente a la prestación
2	Número de la unidad administrativa Central o del Centro SCT.
3	Nombre de la Unidad administrativa Central o del Centro SCT.
4	Número de cada hoja respecto del total.
5	Número consecutivo de empleados.
6	Registro Federal de Causantes del Trabajador.
7	Clave Única de Registro de Población (complementaria, ya que anotó lo correspondiente al RFC).
8	Nombre completo del trabajador iniciando por los apellidos.
9	Código que actualmente ostenta el trabajador.
10	Código de base actual, si el trabajador es de confianza (CF), se anotará el código del último nombramiento de base.
11	Número de días económicos disfrutados por el trabajador.
12	Sueldo mensual de acuerdo al trabajador y código del empleado.
13	Número de días a que se hizo acreedor el trabajador.
14	Importe a recibir por el trabajador (sueldo mensual 730 días x días a pagar).
15	Total de trabajadores con derecho al pago de días económicos.
16	Suma total de incentivos

ÁREA RESPONSABLE:

Departamento de Recursos Humanos

PROCEDIMIENTO:

Nomina

FORMATO:

Relación de Trabajadores con Derecho al
Pago de Días Económicos

RESGUARDO

GUIA DE LLENADO

Campo	Datos que deberán anotarse
17	Nombre y firma del Jefe del Departamento de Recursos Humanos de la unidad administrativa.
18	Nombre y firma del Subdirector de Administración o equivalente de la unidad administrativa.
19	Nombre y firma del titular de la unidad administrativa.

ÁREA RESPONSABLE: Departamento de Recursos Humanos

PROCEDIMIENTO: Nominas

FORMATO: Concentrado de CLC Pagadas en SIA-SIAFF RESGUARDO

GUIA DE LLENADO

Campo	Datos que deberán anotarse
1	Descripción del Pago
2	Importe ejercido en Meta4
3	Numero de folios del SIA
4	Importe de CLC pagado en SIA
5	Numero de folios del SIAFF
6	Importe de CLC pagadas en SIAFF
7	Importe total ejercido en meta4
8	Importe total ejercido en SIA
9	Importe total ejercido en SIAFF
10	Diferencias



**FONDO DE AHORRO CAPITALIZABLE DE LOS TRABAJADORES
AL SERVICIO DEL ESTADO**

CEDULA DE INSCRIPCION INDIVIDUAL

			FOLIO	
1.-DATOS PERSONALES				
APELLIDOS Y NOMBRE (S) (1)				
FECHA DE NACIMIENTO (2)		ESTADO CIVIL (3)		
R.F.C. (4)	DOMICILIO (5)			
CP (6)	CIUDAD O ENTIDAD (7)	TELEFONO (8)		
2.-DATOS LABORALES				
DEPENDENCIA (9)				
UNIDAD ADMINISTRATIVA DE ADSCRIPCION (10)				
CLAVE PRESUPUESTAL (11)		NIVEL (12)		
DIRECCION (13)				
CIUDAD O ENTIDAD (14)		TELEFONOS (15)		
3.-BENEFICIARIOS				
SEÑALAR A (LOS) BENEFICIARIO (S) PARA EL CASO DE FALLECIMIENTO SI SE DESGNA A MENOR (ES) DE EDAD, INDICAR LA FECHA DE NACIMIENTO.				
APELLIDOS Y NOMBRE(S)	FECHA DE NACIMIENTO		PARENTESCO	
(16)	(17)		(18)	
DURANTE LA MINORIA DE EDAD, PAGUESE A:				
APELLIDOS Y NOMBRES(S)		PARENTESCO CON EL ASEGURADO		
(19)		(20)		
EL BENEFICIO OTORGADO SE RESPETARA CON LAS ESPECIFICACIONES HECHAS POR EL ASEGURADO. EL CAMBIO DE BENEFICIARIO(S) SE PODRA HACER EN CUALQUIER TIEMPO MEDIANTE ESCRITO.				
OTORGO MI CONFORMIDAD PARA PARTICIPAR EN EL FONDO DE AHORRO CAPITALIZABLE PARA LOS EFECTOS A QUE HAYA LUGAR.				
(21)		(22)		
FECHA DE ELABORACION		FIRMA DEL TRABAJADOR		

INST-01

FONAC-01

ÁREA RESPONSABLE:

Departamento de Recursos Humanos

PROCEDIMIENTO:

Nominas

FORMATO:

Cédula de Inscripción Individual 01

RESGUARDO

GUIA DE LLENADO

Campo	Datos que deberán anotarse
01	Nombre (s), apellido paterno y materno del empleado.
02	Fecha de nacimiento del empleado.
03	Estado Civil del empleado.
04	Registro Federal del Causante del empleado.
05	Domicilio particular del empleado.
06	Código Postal del domicilio del empleado.
07	Ciudad o entidad Federativa.
08	Teléfono particular del empleado.
09	Dependencia o centro de trabajo.
10	Area o centro de trabajo de adscripción.
11	Clave Presupuestal.
12	Nivel del puesto de acuerdo al catálogo de puesto del Centro SCT.

ÁREA RESPONSABLE: Departamento de Recursos Humanos

PROCEDIMIENTO: Nominas

FORMATO: Cédula de Inscripción Individual 01 RESGUARDO

GUIA DE LLENADO

Campo	Datos que deberán anotarse
13	Dirección del área o centro de trabajo.
14	Ciudad o entidad federativa.
15	Teléfono del área o centro de trabajo.
16	Apellido paterno y materno, Nombre (s) del beneficiario.
17	Fecha de nacimiento del beneficiario.
18	Parentesco del beneficiario.
19	Beneficiario en caso de minoría del beneficiario.
20	Parentesco con el asegurado.
21	Fecha de elaboración
22	Firma del Trabajador.

FONDO DE AHORRO CAPITALIZABLE DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO
 CUADRO DE PLAZAS PRESUPUESTALES INSCRITAS
 CICLO DEL FONAC
 PERIODO DEL DE DE AL DE DE (1)

							(2)		
							FECHA		
							DIA	MES	AÑO
DEPENDENCIA O ENTIDAD (3)							SIGLAS (4)		
TIPO DE PLAZA	(5) PLAZAS AUTORIZADAS	(6) PLAZAS OCUPADAS	(7) TRABAJADORES INSCRITOS	(8) APORTACION INICIAL	(9) TRABAJADOR SINDICATO	(10) APORTACION MENSUAL GOB. FED.	(11)	(12) TOTAL DE APORTACIONES	
BASE									
CONFIANZA									
TOTAL									
OBSERVACIONES: (13)									
ELABORO: RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE OPERACION Y CONTROL					AUTORIZO: PRESIDENTE DE LA JUNTA DE ADMINISTRACION				
NOMBRE	(14)				NOMBRE	(19)			
CARGO	(15)				CARGO	(20)			
DIRECCION	(16)				DIRECCION	(21)			
TEL.	(17)				TEL.	(22)			
	(18)					(23)			
	FIRMA					FIRMA			

FONAC-02

ÁREA RESPONSABLE:

Departamento de Recursos Humanos

PROCEDIMIENTO:

Nominas

FORMATO:

Cuadro de Plazas Presupuestales Inscritas
(Fonac-02)

RESGUARDO

GUIA DE LLENADO

Campo	Datos que deberán anotarse
01	Período del ciclo que inicia de aportaciones al FONAC.
02	Fecha de elaboración del documento.
03	Dependencia o unidad administrativa.
04	Siglas del Centro SCT.
05	Número de plazas autorizadas al Centro SCT conforme a tipo de plaza.
06	Número de plazas ocupadas en el Centro SCT conforme a tipo de plaza.
07	Número de trabajadores inscritos al FONAC conforme a tipo de plaza.
08	Aportación inicial de cada trabajador conforme a tipo de plaza.
09	Aportación mensual de los trabajadores conforme a tipo de plaza.
10	Aportación mensual del 25% de la cuota sindical.
11	Aportación mensual del Gobierno Federal conforme a tipo de plaza
12	Suma total de las aportaciones.
13	Observaciones que requiera el informe.

ÁREA RESPONSABLE:

Departamento de Recursos Humanos

PROCEDIMIENTO:

Nominas

FORMATO:

Cuadro de Plazas Presupuestales Inscritas
(Fonac-02)

RESGUARDO

GUIA DE LLENADO

Campo	Datos que deberán anotarse
14	Nombre del responsable de la unidad de operación y control (de la elaboración del informe).
15	Cargo del responsable de la unidad de operación y control (de la elaboración del informe).
16	Dirección del responsable de la unidad de operación y control (de la elaboración del informe).
17	Número telefónico del responsable de la unidad de operación y control (de la elaboración del informe).
18	Firma del responsable de la unidad de operación y control (de la elaboración del informe).
19	Nombre del responsable de la autorización por parte de la subdirección de administración.
20	Cargo del responsable de la autorización por parte de la subdirección de administración.
21	Dirección del responsable de la autorización por parte de la subdirección de administración.
22	Número telefónico del responsable de la autorización por parte de la subdirección de administración.
23	Firma del responsable de la autorización por parte de la subdirección de administración.

FONDO DE AHORRO CAPITALIZABLE DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO
REPORTE QUINCENAL DE APORTACIONES
CICLO DEL FONAC (1)

DEPENDENCIA (2)	SIGLAS (3)	QUINCENAS		NUM DE CONTRATO (6)	FECHA		
		CICLO (4)	AÑO (5)		DÍA	MES	AÑO
							(7)

TIPO	PLAZAS				APORTANTES EN LA QUINCENA	APORTACIONES				TOTAL
	INSCRITA AL INICIO DEL CICLO	DESINCORPORADAS		ACUMULADAS A LA QUINCENA		NO CAPITALIZABLE		CAPITALIZABLE		
		EN LA QUINCENA	EN LA QUINCENA			TRABAJADOR	SINDICATO	GOB. FED.	GOB. FED.	
BASE	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	
CONFIANZA	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)		(22)	(23)	(24)	

ELABORO: RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE OPERACIÓN Y CONTROL NOMBRE: (25) CARGO: (26) TELEFONO: (27) <div style="text-align: center;">(28)</div>	Vv. Bv. RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE FINANZAS Y OPERACION CONTABLE NOMBRE: (29) CARGO: (30) TELEFONO: (31) <div style="text-align: center;">(32)</div>
FIRMA	FIRMA

FONAC-03

ÁREA RESPONSABLE:	Departamento de Recursos Humanos	
PROCEDIMIENTO:	Nominas	
FORMATO:	Reporte Quincenal de Aportaciones (Fonac-03)	RESGUARDO

GUIA DE LLENADO

Campo	Datos que deberán anotarse
01	Indicar el ciclo del Fondo de Ahorro Capitalizable vigente.
02	Asentar la Secretaría en la que se elabora el informe.
03	Asentar con siglos de la unidad administrativa.
04	Indicar con dos dígitos la quincena correspondiente al ciclo FONAC.
05	Indicar con dos dígitos la quincena correspondiente al año fiscal.
06	Asentar el número de contrato del FONAC.
07	Asentar con dos dígitos cada dato correspondiente a día, mes y año en que se elabora el informe.
08	Número de trabajadores de base que iniciaron el ciclo FONAC.
09	Número de trabajadores de base que se desincorporarán en la quincena.
10	Número de trabajadores de base desincorporados a la fecha.
11	Número de trabajadores de base que aportan en la quincena.
12	Importe de las aportaciones retenidas a los trabajadores de base.

ÁREA RESPONSABLE:

Departamento de Recursos Humanos

PROCEDIMIENTO:

Nominas

FORMATO:

Reporte Quincenal de Aportaciones
(Fonac-03)

RESGUARDO

GUIA DE LLENADO

Campo	Datos que deberán anotarse
13	Importe de las aportaciones correspondientes al 25% del sindicato.
14	Importe de las aportaciones del gobierno federal para el personal de base, no capitalizable.
15	Importe de las aportaciones del gobierno federal para el personal de base, capitalizable.
16	Importe total de aportaciones de personal de base.
17	Número de trabajadores de confianza que iniciaron el ciclo FONAC.
18	Número de trabajadores de confianza que se desincorporan en la quincena.
19	Número de Trabajadores de confianza desincorporados a la fecha.
20	Número de trabajadores de confianza que aportan en la quincena.
21	Importe de las aportaciones retenidas a los trabajadores de confianza.
22	Importe de las aportaciones del gobierno federal para el personal de confianza, no capitalizable.
23	Importe de las aportaciones del gobierno federal para el personal de confianza, capitalizable.
24	Importe total de aportaciones personal de confianza.

ÁREA RESPONSABLE:	Departamento de Recursos Humanos	
PROCEDIMIENTO:	Nominas	
FORMATO:	Reporte Quincenal de Aportaciones (Fonac-03)	RESGUARDO

GUIA DE LLENADO

Campo	Datos que deberán anotarse
25	Nombre del responsable de la unidad de operación y control (de la elaboración del informe).
26	Cargo del responsable de la unidad de operación y control (de la elaboración del informe).
27	Número telefónico del responsable de la unidad de operación y control (de la elaboración del informe).
28	Firma del responsable de la unidad de operación y control (de la elaboración del informe).
29	Nombre del responsable de la autorización por parte de la subdirección de administración.
30	Cargo del responsable de la autorización por parte de la subdirección de administración.
31	Número telefónico del responsable de la autorización por parte de la subdirección de administración.
32	Firma del responsable de la autorización por parte de la subdirección de administración.

FONDO DE AHORRO CAPITALIZABLE DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO
 REPORTE QUINCENAL DE DESINCORPORACIONES
 CICLO DEL FONDO (1)

DEPENDENCIA O ENTIDAD: (2)		SIGLAS (3)	
BAJAS REGISTRADAS EN LA QUINCENA: (4)		PERIODO: (5)	
CAUSAS DE LA DESINCORPORACION (6)	(7)		TOTAL (8)
	BASE	CONFIANZA	
RENUNCIA			
FALLECIMIENTO, INCAPACIDAD O INVALIDEZ			
VOLUNTAD EXPRESA			
PROMOCION A MANDO MEDIO O SUPERIOR			
LICENCIA SIN GOCE DE SUELDO			
OTROS:			
TOTAL			
OBSERVACIONES: (9)			
ELABORO: RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE OPERACION Y CONTROL			
NOMBRE: (10)			
CARGO: (11)			
TELEFONO: (12)		(13) _____	
		FIRMA	

FONAC-04

ÁREA RESPONSABLE:	Departamento de Recursos Humanos	
PROCEDIMIENTO:	Nominas	
FORMATO:	Reporte Quincenal de Desincorporaciones (Fonac-04)	RESGUARDO

GUIA DE LLENADO

Campo	Datos que deberán anotarse
01	Indicar el ciclo que se encuentra vigente.
02	Nombre de la dependencia o centro SCT.
03	Siglas del Centro SCT o unidad administrativa.
04	Número de bajas registradas en la quincena.
05	Periodo o quincena de aportación.
06	Motivos por los que se puede presentar la baja.
07	Indicar con una (x) según corresponda el motivo de la baja y si es personal de base o confianza.
08	Total de personal desincorporado según corresponda el motivo de la baja.
09	Describir las informaciones que amerite el informe.
10	Nombre del responsable de la unidad de operación y control (de la elaboración del informe).
11	Cargo del responsable de la unidad de operación y control (de la elaboración del informe).
12	Número telefónico del responsable de la unidad de operación y control (de la elaboración del informe).
13	Firma del responsable de la unidad de operación y control (de la elaboración del informe).



FONDO DE AHORRO CAPITALIZABLE DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO

COMPROBACION DE LA LIQUIDACION ANUAL
CICLO (1)

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA: (2)						SIGLA: (3)	(4)		
							FECHA DE PRESENTACION		
						DIA	MES	AÑO	
NUMERO DE PLAZAS						IMPORTE DE CHEQUES			
PERIODO NOMBRAMIENTO	INICIAN	LIQUIDADOS	DESINCORPORADOS		TERMINAN	PERSONAL DE BASE			
			PEND. DE LIQ.	TOTAL		24 QNAS	(25)		
BASE						12 QNAS	(26)		
JULIO (24QNAS)	(5)	(8)	(7)	(6)	(9)	PERSONAL DE CONFIANZA			
ENERO (12QNAS)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	24 QNAS			
CONFIANZA						(27)			
JULIO (24QNAS)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	12 QNAS			
ENERO (12QNAS)	(20)	(21)	(22)	(23)	(24)				
TOTAL						(28)			
EROGACIONES DE LIQUIDACION ANUAL									
CONCEPTO	BASE	CONFIANZA	GOB.FED.NO CAP.	SINDICATO	RENDIMIENTOS	TOTAL			
JULIO(24QNAS)	(29)	(30)	(31)	(32)	(33)	(34)			
ENERO(12QNAS)	(35)	(36)	(37)	(38)	(39)	(40)			
TOTAL	(41)	(42)	(43)	(44)	(45)	(46)			
CIERRE DEL CICLO									
RESULTADO									
ELABORO RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE OPERACION Y CONTROL DEL FONAC EN LA DEPENDENCIA O ENTIDAD						NO.80 RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE FINANZAS Y OPERACION CONTABLE DEL FONAC EN LA DEPENDENCIA O ENTIDAD			
NOMBRE:	(47)					NOMBRE:	(51)		
CARGO:	(48)		(50)			CARGO:	(52)	(54)	
TELEFONO:	(49)					TELEFONO:	(53)		
FIRMA						FIRMA			

FONAC-8

ÁREA RESPONSABLE:

Departamento de Recursos Humanos

PROCEDIMIENTO:

Nominas

FORMATO:

Comprobación de la Liquidación Anual
(Fonac-08)

RESGUARDO

GUIA DE LLENADO

Campo	Datos que deberán anotarse
01	Ciclo del FONAC que se liquida.
02	Nombre de la Dependencia o unidad administrativa.
03	Siglas del Centro SCT.
04	Fecha de elaboración del documento.
05	Número de trabajadores de base que iniciaron el ciclo ordinario FONAC.
06	Número de trabajadores de base que fueron liquidados.
07	Número de trabajadores de base pendientes de liquidar.
08	Resultado de sumar los campos 6 y 7.
09	Resultado de restar el campo 5 con el 8.
10	Numero de trabajadores de base que iniciaron el ciclo extraordinario del FONAC.
11	Número de trabajadores de base que fueron liquidados.
12	Número de trabajadores de base pendientes de liquidar.

ÁREA RESPONSABLE:

Departamento de Recursos Humanos

PROCEDIMIENTO:

Nominas

FORMATO:

Comprobación de la Liquidación Anual
(Fonac-08)

RESGUARDO

GUIA DE LLENADO

Campo	Datos que deberán anotarse
13	Resultado de sumar los campos 11 y 12.
14	Resultado de restar el campo 10 con el 12.
15	Número de trabajadores de confianza que iniciaron el ciclo ordinario FONAC.
16	Número de trabajadores de confianza que fueron liquidados.
17	Número de trabajadores de confianza pendientes de liquidar.
18	Resultado de sumar los campos 16 y 17.
19	Resultado de restar el campo 15 con el 18.
20	Número de trabajadores de confianza que iniciaron el ciclo extraordinario de FONAC.
21	Número de trabajadores de confianza que fueron liquidados.
22	Número de trabajadores de confianza pendientes de liquidar.
23	Resultado de sumar los campos 21 y 22.
24	Resultado de restar el campo 20 con el 23.

ÁREA RESPONSABLE:

Departamento de Recursos Humanos

PROCEDIMIENTO:

Nominas

FORMATO:

Comprobación de la Liquidación Anual
(Fonac-08)

RESGUARDO

GUIA DE LLENADO

Campo	Datos que deberán anotarse
25	Importe de cheques del personal de base del periodo ordinario.
26	Importe de cheques del personal de base del periodo extraordinario.
27	Importe de cheques del personal de confianza del periodo ordinario.
28	Importe de cheques del personal de confianza del periodo extraordinario.
29	Importe de aportación total del personal de base periodo ordinario.
30	Importe de aportación total del personal de confianza periodo ordinario.
31	Importe de aportación total del gobierno federal periodo ordinario.
32	Importe de aportación total del sindicato periodo ordinario.
33	Importe de los rendimientos obtenidos del periodo ordinario.
34	Importe total periodo ordinario.
35	Importe de aportación total del personal de base periodo extraordinario.
36	Importe de aportación total del personal de confianza periodo extraordinario.
37	Importe de aportación total del gobierno federal periodo extraordinario.

ÁREA RESPONSABLE:

Departamento de Recursos Humanos

PROCEDIMIENTO:

Nominas

FORMATO:

Comprobación de la Liquidación Anual
(Fonac-08)

RESGUARDO

GUIA DE LLENADO

Campo	Datos que deberán anotarse
38	Importe de aportación total del sindicato periodo extraordinario.
39	Importe de los rendimientos obtenidos del periodo extraordinario.
40	Importe total del periodo extraordinario.
41	Importe total de aportaciones personal de base.
42	Importe total de aportaciones personal de confianza.
43	Importe total de aportaciones del gobierno federal.
44	Importe total de aportaciones del sindicato.
45	Importe total de los rendimientos obtenidos en el ciclo.
46	Importe total del ciclo.
47	Nombre del responsable de la unidad de operación y control (de la elaboración del informe).
48	Cargo del responsable de la unidad de operación y control (de la elaboración del informe).
49	Número telefónico del responsable de la unidad de operación y control (de la elaboración del informe).

ÁREA RESPONSABLE:

Departamento de Recursos Humanos

PROCEDIMIENTO:

Nominas

FORMATO:

Comprobación de la Liquidación Anual
(Fonac-08)

RESGUARDO

GUIA DE LLENADO

Campo	Datos que deberán anotarse
50	Firma del responsable de la unida de operación y control (de la elaboración del informe).
51	Nombre del responsable de la autorización por parte de la Subdirección de administración.
52	Cargo del responsable de la autorización por parte de la subdirección de administración.
53	Número telefónico del responsable de la autorización por parte de la subdirección de administración.
54	Firma del responsable de la autorización por parte de la subdirección de administración.

FONDO DE AHORRO CAPITALIZABLE DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO
COMPROBACION DE CHEQUES DE LIQUIDACION
CICLO (1)

(2)

FECHA		
DIA	MES	AÑO

DEPÉNDENCIA O ENTIDAD: (3)

SIGLAS: (4)

A) NUMERO DE CHEQUES RECIBIDOS EN BANAMEX PARA LA LIQUIDACION DEL PERSONAL QUE CONCLUYO EL CICLO.	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	(5)	D) NUMERO DE CHEQUES SOLICITADOS A FONAC PARA LA LIQUIDACION DEL PERSONAL OMITIDO EN LA LIQUIDACION ANUAL.	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	(9)
B) NUMERO DE CHEQUES ENTREGADOS A LOS AHORRADORES	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	(6)	E) NUMERO DE CHEQUES ENTREGADOS A LOS TRABAJADORES QUE FUERON OMITIDOS	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	(10)
C) NUMERO DE CHEQUES CANCELADOS Y ENTREGADOS A FONAC PARA REINTEGRAR EL IMPORTE AL FONDO.	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	(7)	F) NUMERO DE CHEQUES DE PERSONAL OMITIDO CANCELADOS Y ENTREGADOS A FONAC, PARA REINTEGRAR SU IMPORTE AL FONDO.	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	(11)
	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	(8)		<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	(12)

OBSERVACIONES: (13)

ELABORO: RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE OPERACIÓN Y CONTROL DEL FONAC NOMBRE: (14) CARGO: (15) TELEFONO: (16)	VO.BO. RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE FINANZAS Y OPERACIÓN CONTABLE DEL FONAC EN LA DEPENDENCIA O ENTIDAD. NOMBRE: (19) CARGO: (19) TELEFONO: (20)
_____ (17) FIRMA	_____ (21) FIRMA

EN EL CASO DE HABER TRAMITADO REPSICION DE CHEQUES, NO CONSIDERARLA EN ESTE FORMATO. FONAC-15
SI RECIBIO CHEQUES REEXPEDIDOS ANTES DE LA PRESENTACION DE LA COMPROBACION FAVOR DE INDICAR EL NUMERO DEL CHEQUE Y SU DESTINO (ENTREGA AL AHORRADOR CANCELACION EN LE RENGLON DE ONSERVACIONES.

ÁREA RESPONSABLE:

Departamento de Recursos Humanos

PROCEDIMIENTO:

Nominas

FORMATO:

Comprobación de Cheques de Liquidación
(Fonac-15)

RESGUARDO

GUIA DE LLENADO

Campo	Datos que deberán anotarse
01	Periodo del ciclo que se efectúa la liquidación de aportaciones al FONAC.
02	Fecha de elaboración del documento.
03	Dependencia o unidad administrativa.
04	Siglas del Centro SCT
05	Número de cheques recibidos.
06	Número de cheques entregados a los ahorradores.
07	Número de cheques cancelados.
08	Resultado de la siguiente operación de los campos 6 + 7 que debe ser igual al campo 5.
09	Número de cheques solicitados del personal omitido.
10	Número de cheques entregados al personal omitido.
11	Número de cheques cancelados del personal omitido.
12	Resultado de la siguiente operación de los campos 10 + 11 que debe ser igual al campo 9.

ÁREA RESPONSABLE:

Departamento de Recursos Humanos

PROCEDIMIENTO:

Nominas

FORMATO:

Comprobación de Cheques de Liquidación
(Fonac-15)

RESGUARDO

GUIA DE LLENADO

Campo	Datos que deberán anotarse
13	Observaciones que requiera el informe.
14	Nombre del responsable de la unidad de operación y control (de la elaboración del informe).
15	Cargo del responsable de la unidad de operación y control (de la elaboración del informe).
16	Número telefónico del responsable de la unidad de operación y control (de la elaboración del informe).
17	Firma del responsable de la unidad de operación y control (de la elaboración del informe).
18	Nombre del responsable de la autorización por parte de la subdirección de administración.
19	Cargo del responsable de la autorización por parte de la subdirección de administración.
20	Número telefónico del responsable de la autorización por parte de la subdirección de administración.
21	Firma del responsable de la autorización por parte de la subdirección de administración.



**SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES
CENTRO S.C.T.
SUBDIRECCION DE ADMINISTRACION
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS**

CERTIFICADO DE ULTIMO PAGO

(1) N°. 000

NOMBRE: (2) _____ (3) SUB-UNIDAD: _____
 CURP: (4) _____ (5) CODIGO: _____ (6) NIVEL: _____
 PUESTO: (7) _____ (8) TIPO DE NOMB.: _____
 FECHA DE BAJA: (9) _____ (10) CAUSA DE BAJA: _____
 TRANSFERIDO A: (11) _____ (12) CENTRO ADS: _____
 FECHA DE ULTIMA LIQUIDACION: (13) _____ (14) No.NSS: _____
 N°DE CUENTA BANCOMER: (15) _____ N° CUENTA DELSAR: (16) _____

PERCEPCIONES MENSUALES

07 SUELDOS COMPACTADOS (07): _____
 06 COMPENSACION: _____
 38 DESPENSA: _____

TOTAL: _____ (17)

DESCUENTOS MENSUALES

01 I.S.P.T. _____
 02 FONDO DE PENSIONES _____
 04 SERV. MED. Y MATERNIDAD: _____
 26 FOND. FID. PARA ERAR. FED. _____
 77 SEG. RET. MM. Y FS. _____
 50 SEG. VIDA COLET. Y F/RETIR. _____

TOTAL DESCUENTOS : _____ (18)

NOTA: (19)

ECONÓMICOS DISFRUTADOS: N/A PERIODO VACACIONAL DISFRUTADO: NINGUNO
 VILLAHERMOSA, TAB. A DE DE
 (20) _____

F O R M U L O
EL JEFE DEL DPTO. DE RECURSOS HUMANOS
 (21)

V o . B o .
EL SUBDIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN
 (22)

UII-Pago

ÁREA RESPONSABLE:

Departamento de Recursos Humanos

PROCEDIMIENTO:

Nominas

FORMATO:

Certificado de Ultimo Pago

RESGUARDO

GUIA DE LLENADO

Campo	Datos que deberán anotarse
-------	----------------------------

01	Número del certificado del último pago, compuesto del número de unidad presupuestal, guión y número consecutivo, debiendo iniciar con 001 en cada ejercicio fiscal-
02	Nombre(s), apellidos paterno y materno del empleado.
03	Clave correspondiente que pertenece al Centro SCT donde estuvo adscrito el empleado
04	Número de filiación del empleado, incluyendo clave de homonimia.
05	Código alfanumérico del puesto.
06	Nivel del tabulador asignado según catálogo de puestos.
07	Descripción del puesto que ocupa.
08	Base, confianza, eventual u honorarios
09	Fecha de Baja de la Secretaría
10	Motivo por la que se da de baja
11	Lugar de trabajo a donde se envía las percepciones del empleado
12	Importe mensual que se liquida por concepto de despensa.

ÁREA RESPONSABLE:

Departamento de Recursos Humanos

PROCEDIMIENTO:

Nominas

FORMATO:

Certificado de Ultimo Pago

RESGUARDO

GUIA DE LLENADO

Campo	Datos que deberán anotarse
13	Fecha hasta la que se cubrieron percepciones al empleado transferido.
14	Número de Seguridad Social
15	Número con el que le depositan su salario al empleado en la tarjeta
16	Número de cuenta del Sistema de Ahorro para el Retiro
17	Escala de percepciones mensual
18	Escala de descuentos mensual por concepto de impuestos
19	Otras percepciones que se cubran al empleado, en su caso.
20	Anotar situación con respecto a días económicos , periodo vacacional , lugar y fecha al que perteneció el empleado.
21	Nombre y firma del Jefe del Departamento de Recursos Humanos
22	Nombre y firma del Subdirector de Administración