



SECRETARÍA DE COMUNICACIONES  
Y  
TRANSPORTES

**OFICIALÍA MAYOR**  
**Dirección General de Recursos Humanos**

FORMA CG - 1A

Oficio Circular No. 116.- **0473**

México, D.F., a 12 de marzo del 2003.

ASUNTO: Lineamientos y trámite para el "Pago Supletorio 2003".

**CC: DIRECTORES GENERALES DE OFICINAS  
CENTRALES Y CENTROS SCT, COORDINADORES DE  
ADMINISTRACIÓN DE LAS OFICINAS DE LOS CC:  
SECRETARIO DEL RAMO, SUBSECRETARIOS,  
OFICIAL MAYOR, COORDINADORES GENERALES,  
JEFES DE UNIDAD Y DEL ÓRGANO INTERNO DE  
CONTROL  
PRESENTES.**

A fin de agilizar el trámite de la prestación denominada "Pago Supletorio", se adjunta el formato Relación de trabajadores con derecho al Pago Supletorio, Guía de llenado, Carta Compromiso, así como los Lineamientos específicos que se deben aplicar para su pago, y la Tabla para el cálculo de las partes proporcionales, con el nuevo SMGVDF, a partir del 01 de enero del año en curso.

Las unidades administrativas centrales, previa validación y autorización de la documentación justificativa, solicitarán el trámite del pago de esta prestación a la Dirección de Remuneraciones, conforme a los Lineamientos anexos y mediante los formatos establecidos, a partir del día 15 del último mes del trimestre a cubrir. Los Centros SCT, por contar con los recursos presupuestales para ello, son responsables de la validación y pago de la prestación (oficio circular No. 116.-0098 del 24 de enero del presente).

Cabe señalar que es responsabilidad del trabajador proporcionar con veracidad los datos requeridos en la Carta Compromiso. En el caso de presentar incongruencia en la información, se suspenderá el pago de ésta y se solicitará el reintegro correspondiente, sin menoscabo de incurrir en otras responsabilidades.

No omito reiterarles que, las unidades administrativas centrales y Centros SCT, deberán conservar durante el tiempo que la Norma establece la documentación que la justifique y compruebe para las revisiones o auditorías que realicen los órganos de control y fiscalización facultados para ello; asimismo, para efectos de análisis y conciliación, ésta a mi cargo podrá solicitarla por conducto de la Dirección de Asuntos Laborales, la que atenderá cualquier consulta derivada de la aplicación de esta prestación.

Sin más por el momento, quedo de ustedes.

**SUFRAGIO EFECTIVO, NO REELECCIÓN**  
**El Director General**

  
José Mejía Lira

... a la vuelta

HISTORICA

- c.c.p.- Lic. Ma. de la Luz Ruiz Mariscal.- Oficial Mayor del Ramo.- Para su superior conocimiento.- Presente
- Ing. Roberto Duque Ruiz.- Coordinador General de Planeación y Centros SCT- Para su conocimiento.- Presente.
- Ing. Mónica María del Rosario Barrera Rivera.- Titular del Órgano Interno de Control en la SCT.- Para su conocimiento.- Presente.
- Lic. Tomás I. Azuara Pliego.- Director General Adjunto de la Dirección General de Recursos Humanos.- Para su conocimiento.- Presente.
- C.P. Fco. Javier Huerta Velásquez.- Director de Remuneraciones.- Para su conocimiento y efectos.-Presente.
- Lic. Guillermo Estrada López.- Director de Asuntos Laborales.- Para su conocimiento.- Presente.

  
JML/TTAP/FJHV/GEL/cah.



OFICIALÍA MAYOR  
DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS  
DIRECCIÓN DE ASUNTOS LABORALES

RELACION DE TRABAJADORAS CON DERECHO AL PAGO SUPLETORIO  
TRIMESTRE A PAGAR

1

U.P. 2

UNIDAD ADMINISTRATIVA

3

| N° | FILIACIÓN | DATOS DEL TRABAJADOR |                  |            |                         | DATOS DEL DESCENDIENTE    |                  |                  |            | PERIODO DE PAGO              |          | IMPORTE |    |
|----|-----------|----------------------|------------------|------------|-------------------------|---------------------------|------------------|------------------|------------|------------------------------|----------|---------|----|
|    |           | APELLIDO PATERNO     | APELLIDO MATERNO | NOMBRE (S) | CÓDIGO DE PUESTO ACTUAL | * CÓDIGO ANTECEDENTE BASE | APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRE (S) | FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AA | DD/MM/AA |         |    |
| 4  | 5         | 6                    | 7                | 8          | 9                       | 10                        | 11               | 12               | 13         | 14                           | 15       | 16      | 17 |

\* En esta columna deberá anotar el último código de base.

NOTA: Es responsabilidad de cada Unidad Administrativa conservar la documentación original (justificativa) soporte para la solicitud del pago de esta prestación, para el efecto deberá asentar los sellos oficiales de las áreas responsables de la elaboración, validación y autorización.

TOTAL A PAGAR \$ 18

ELABORÓ

19

NOMBRE CARGO

VALIDÓ

20

NOMBRE CARGO

AUTORIZÓ

22

NOMBRE CARGO

21

22

HISTÓRICA



DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS  
DIRECCIÓN DE ASUNTOS LABORALES

PAGINA

GUÍA DE LLENADO

FECHA

FEB. 2003

Forma: Pago Supletorio.

Guía de Llenado

| Campo | Datos que deberán anotarse   |
|-------|--|
| 1     | Número del Trimestre solicitado para el trámite de pago.   |
| 2     | Número de la Unidad Presupuestal.  |
| 3     | Nombre de la Unidad Administrativa.  |
| 4     | Número consecutivo de empleados.   |
| 5     | Filiación del trabajador (a).  |
| 6     | Apellido paterno.  |
| 7     | Apellido materno.  |
| 8     | Nombre (s) del trabajador completo (s).  |
| 9     | Código que actualmente ostenta el trabajador (a).  |
| 10    | El código que antecedió al actual, si el trabajador (a) actualmente tiene un código de confianza (CF). |
| 11    | Apellido paterno del descendiente.   |
| 12    | Apellido materno del descendiente.   |
| 13    | Nombre (s) completo (s) del descendiente.  |
| 14    | Fecha de nacimiento del descendiente.  |
| 15    | Fecha de inicio de pago.   |
| 16    | Fecha de término de pago.  |
| 17    | Importe a pagar.   |

ELABORO:

AUTORIZO:



**DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS  
DIRECCIÓN DE ASUNTOS LABORALES**

**GUÍA DE LLENADO**

PAGINA

FECHA

FEB. 2003

- HISTÓRICA**
- 18 Importe total a pagar de los casos anotados.
  - 19 Nombre, cargo y firma del Jefe de Departamento de Recursos Humanos de la unidad administrativa.
  - 20 Nombre, cargo y firma del Coordinador de Administración o equivalente de la unidad administrativa.
  - 21 Nombre, cargo y firma del Director General o equivalente de la unidad administrativa.
  - 22 Asentar el sello (con fecha) del Departamento de Recursos Humanos, de la Coordinación de Administración y de la Dirección General, o equivalentes.

ELABORO:

AUTORIZO:



## **PAGO SUPLETORIO DE GUARDERÍA**

### **FUNDAMENTO NORMATIVO**

Artículo 127 de las Condiciones General de Trabajo vigentes en esta Secretaría.

### **OBJETIVO**

Cubrir a las madres trabajadoras y padres viudos o divorciados que cuenten con la custodia del menor y que no reciban atención para éste por parte de las estancias infantiles del ISSSTE, la cantidad equivalente a quince días de salario mínimo general vigente en el Distrito Federal, por mes.

### **LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS**

- 01 El pago supletorio se otorgará a las trabajadoras, y trabajadores viudos o divorciados que comprueben tener legalmente la custodia del menor.
- 02 Se le cubrirá al trabajador, por un solo hijo, cuya edad sea mayor de cuarenta y cinco días y hasta que cumpla seis años de edad.
- 03 Se concederá a los trabajadores cuyos hijos menores no reciban atención por parte de las estancias infantiles del ISSSTE, para lo cual deberán requisitar la Carta Compromiso, como registro inicial, incluyendo en ésta las fotografías, a la que se le dará un número de control interno.
- 04 La prestación económica consistirá en quince días por mes de salario mínimo general vigente en el Distrito Federal, y se cubrirá trimestralmente.
- 05 El año natural (enero – diciembre) se considerará en cuatro trimestres y se le pagará al beneficiario una vez devengado el trimestre.
- 06 Las partes proporcionales se calcularán de acuerdo a la fecha del registro inicial (Carta Compromiso), al término de la fecha límite o a la fecha de baja, durante el trimestre correspondiente.



**REQUISITOS DOCUMENTALES PARA EL PAGO SUPLETORIO DE GUARDERÍA**

- 01 Solicitud por escrito del trabajador (Carta Compromiso, fecha de registro).
- 02 Acta de nacimiento original del descendiente.
- 03 Copia de la credencial administrativa vigente.
- 04 Copia del último Comprobante de Percepciones y Descuentos.
- 05 Una fotografía tamaño infantil del menor y una del trabajador (a).
- 06 Copia de la Cartilla de Vacunación.

HISTÓRICA

OFICIALÍA MAYOR  
Dirección General de Recursos Humanos  
Dirección de Asuntos Laborales

Tabla para el cálculo de partes proporcionales  
para el "Pago Supletorio" Art. 127 de las C.G.T.

Monto de la Prestación 15 días por mes  
del SMGV en el D.F. Pago trimestral

SMGV A/P ENERO 1, 2003: \$ 43.65  
FACTOR DIARIO \$ 21.82  
TOTAL POR MES (30 DÍAS): \$ 654.75

| DÍAS | 1er. MES | 2do. MES | 3er. MES |
|------|----------|----------|----------|
| 1    | 21.82    | 676.42   | 1,331.02 |
| 2    | 43.64    | 698.24   | 1,352.84 |
| 3    | 65.46    | 720.06   | 1,374.66 |
| 4    | 87.28    | 741.88   | 1,396.48 |
| 5    | 109.10   | 763.70   | 1,418.30 |
| 6    | 130.92   | 785.52   | 1,440.12 |
| 7    | 152.74   | 807.34   | 1,461.94 |
| 8    | 174.56   | 829.16   | 1,483.76 |
| 9    | 196.38   | 850.98   | 1,505.58 |
| 10   | 218.20   | 872.80   | 1,527.40 |
| 11   | 240.02   | 894.62   | 1,549.22 |
| 12   | 261.84   | 916.44   | 1,571.04 |
| 13   | 283.66   | 938.26   | 1,592.86 |
| 14   | 305.48   | 960.08   | 1,614.68 |
| 15   | 327.30   | 981.90   | 1,636.50 |
| 16   | 349.12   | 1,003.72 | 1,658.32 |
| 17   | 370.94   | 1,025.54 | 1,680.14 |
| 18   | 392.76   | 1,047.36 | 1,701.96 |
| 19   | 414.58   | 1,069.18 | 1,723.78 |
| 20   | 436.40   | 1,091.00 | 1,745.60 |
| 21   | 458.22   | 1,112.82 | 1,767.42 |
| 22   | 480.04   | 1,134.64 | 1,789.24 |
| 23   | 501.86   | 1,156.46 | 1,811.06 |
| 24   | 523.68   | 1,178.28 | 1,832.88 |
| 25   | 545.50   | 1,200.10 | 1,854.70 |
| 26   | 567.32   | 1,221.92 | 1,876.52 |
| 27   | 589.14   | 1,243.74 | 1,898.34 |
| 28   | 610.96   | 1,265.56 | 1,920.16 |
| 29   | 632.78   | 1,287.38 | 1,941.98 |
| 30   | 654.60   | 1,309.20 | 1,963.80 |





**OFICIALÍA MAYOR**  
**DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS**  
**DIRECCIÓN DE ASUNTOS LABORALES**

CARTA COMPROMISO No. (No. DE  
CONTROL INTERNO DE LA U.A.).

**C. (NOMBRE DEL TITULAR)**  
**COORDINADOR DE ADMINISTRACIÓN (O EQUIVALENTE)**  
**DE LA (NOMBRE DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA O CENTRO SCT)**  
**PRESENTE**

Por medio de la presente comunico a usted que ningún descendiente de la suscrita (o), 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.

FOTO  
DEL  
TRABAJADOR

FOTO  
DEL  
DESCENDIENTE

**NOMBRE DEL DESCENDIENTE**

(APELLIDOS PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (S))

**FECHA DE  
NACIMIENTO**

(DD-MM-AAAA)

**NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR (A)**

(APELLIDOS PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (S))

**FILIACIÓN**

**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.**

**LUGAR Y FECHA:** (DE LA ELABORACIÓN).

**VERIFICÓ**  
**EL JEFE DEL DEPTO. DE REC. HUMANOS**  
**(DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA)**

(NOMBRE COMPLETO Y FIRMA)



**OFICIALÍA MAYOR**  
**DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS**  
**DIRECCIÓN DE ASUNTOS LABORALES**

CARTA COMPROMISO No. \_\_\_\_\_

**C.**  
**COORDINADOR DE ADMINISTRACIÓN**  
**DE LA**  
**PRESENTE**

Por medio de la presente comunico a usted que ningún descendiente de la suscrita (o), 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.

FOTO  
DEL  
TRABAJADOR

FOTO  
DEL  
DESCENDIENTE

NOMBRE DEL DESCENDIENTE

FECHA DE  
NACIMIENTO

NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR (A)

FILIACIÓN

**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.

LUGAR Y FECHA: \_\_\_\_\_

VERIFICÓ  
EL JEFE DEL DEPTO. DE REC. HUMANOS

\_\_\_\_\_