



GOBIERNO DE JALISCO
PODER EJECUTIVO

SECRETARÍA DE SALUD
OPD. SERVICIOS DE SALUD JALISCO

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD, CÁLCULO, PAGO Y COMPROBACIÓN DE NÓMINAS.

A U T O R I Z A C I Ó N

RÚBRICA

DOCUMENTÓ: LIC. EDUARDO HERNÁNDEZ RAMÍREZ
APOYO ADMINISTRATIVO

RÚBRICA

Vo. Bo.: LIC. JUAN RAMÓN DE LA CRUZ TORRES
COORDINADORA ADMINISTRATIVA

RÚBRICA

APROBÓ: Q. F. B. LEONOR E. MONTEJANO MARTÍNEZ
SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN

RÚBRICA

DR. VÍCTOR HUGO RAMÍREZ SIORDIA
DIRECTOR CAISAME ESTANCIA PROLONGADA

RÚBRICA

AUTORIZÓ: DR. DANIEL OJEDA TORRES
DIRECTOR DEL INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL

CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MENTAL, ESTANCIA PROLONGADA.

CÓDIGO: DOM-P030-I6_001
FECHA DE EMISIÓN: 7 DE JUNIO DEL 2010
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 25 DE OCTUBRE DEL 2010
FECHA DE AUTORIZACIÓN: 24 DE NOVIEMBRE DEL 2010
COPIA No.: _____

| | |
|-------|--|
| Sello | DOCUMENTO DE REFERENCIA |
| | El Presente procedimiento <u>Si</u> cumple con lo establecido en la Guía Técnica para Documentar Procedimientos. |
| Sello | |

Este documento es vigente y está actualizado porque responde a las necesidades actuales de la unidad, y no hay uno nuevo que lo sustituya.

Responsable de la información: Centro de Atención Integral de Salud Mental Estancia Prolongada
Responsable de la Publicación: Depto. de Organización y Métodos
Fecha de Publicación 24 noviembre 2010

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD, CÁLCULO, PAGO Y COMPROBACIÓN DE NÓMINA.



CÓDIGO: DOM-P030-I6_001
FECHA DE EMISIÓN: 7 DE JUNIO DEL 2010.
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 25 DE OCTUBRE DEL 2010.

Objetivo

Garantizar la adecuada administración para realizar el pago oportuno al personal que labora en el Instituto bajo los principios de planeación, organización, dirección y controles vigentes estipulados.

Alcance

Límites del procedimiento: Inicia en el momento en que se elabora la solicitud de tiempo extra, pasa por el pago al personal y termina en la comprobación de nominas.

Áreas que intervienen: Coordinación Administrativa, Subdirección de Administración e Innovación, Control de Asistencia.

Políticas

1. Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y éstas serán de observancia para todos los Centros de Responsabilidad y Contraloría Interna.
 - Un procedimiento **actualizado** es aquel que está vigente y responde a las necesidades actuales de la Institución
 - Un procedimiento es **vigente** mientras no haya uno nuevo que lo supla o sustituya; por lo tanto se sigue aplicando aunque las fechas de autorización no correspondan a los del mes y año en curso, ni los nombres de los directivos a los que ostentan el cargo en la actualidad.
 - Un procedimiento es **obsoleto** cuando su contenido ya no responde a las necesidades actuales de la Institución y éste se encuentra en desuso o existe uno nuevo.
2. Es responsabilidad de Control de Asistencia antes de entregar cualquier tipo de pago de recibir identificación oficial de todo trabajador o carta poder en caso de que el trabajador no pueda cobrar personalmente.
3. Control de Asistencia debe realizar el pago de nomina un día hábil antes del día 15 y un día hábil antes del día ultimo de cada mes.
4. Es responsabilidad de los Jefes de Oficina, determinar y solicitar con anticipación de un mínimo de 15 días las necesidades de guardias y tiempo extraordinario
5. Control de Asistencia debe realizar el cálculo de las guardias y horas extras a pagar al personal de acuerdo a los lineamientos vigentes.
6. Es responsabilidad de la Coordinación Administrativa vigilar que se realice el pago oportuno de las guardias cubre incidencia y tiempo extra de acuerdo al calendario proporcionado por Recursos Humanos.
7. La Coordinación Administrativa debe vigilar que el personal cubreincidencias labore máximo un total de 12 guardias por quincena.
8. La coordinación administrativa para ejercer tiempo y guardias extraordinarias de los trabajadores debe solicitar autorización de la Subdirección de Administración e Innovación del Instituto.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD, CÁLCULO, PAGO Y COMPROBACIÓN DE NÓMINA.



CÓDIGO: DOM-P030-I6_001
FECHA DE EMISIÓN: 7 DE JUNIO DEL 2010.
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 25 DE OCTUBRE DEL 2010.

Definiciones:

Cubre incidencias Personal eventual que es contratado por tiempo u obra determinada.

SSJ Secretaría de Salud Jalisco.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
3

Centro de Atención Integral de Salud Mental, Estancia Prolongada.

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD, CÁLCULO, PAGO Y COMPROBACIÓN DE NÓMINA.



CÓDIGO: DOM-P030-I6_001
 FECHA DE EMISIÓN: 7 DE JUNIO DEL 2010.
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 25 DE OCTUBRE DEL 2010.

| No. ACT | RESPONSABLE | DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD | | | | | | | | | | |
|--|------------------------------------|---|------------------------------------|-----------|---------------------------|------------------------------------|---|------------------------------------|------------------|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| 1. | Coordinador Administrativo. | Recibe calendario anual con las fechas de entrega de recepción y entrega de documentos emitido por Recursos Humanos/ SALME, determina la actividad a realizar: | | | | | | | | | | |
| | | <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Actividad?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Solicitud de tiempo extra</td> <td>Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>Calculo de Guardias cubreincidencias y tiempo extraordinario.</td> <td>Aplica actividad 18.</td> </tr> <tr> <td>Pago de nóminas.</td> <td>Aplica actividad 25.</td> </tr> <tr> <td>Comprobación de nóminas.</td> <td>Aplica actividad 31.</td> </tr> </tbody> </table> | ¿Actividad? | Entonces. | Solicitud de tiempo extra | Aplica siguiente actividad. | Calculo de Guardias cubreincidencias y tiempo extraordinario. | Aplica actividad 18. | Pago de nóminas. | Aplica actividad 25. | Comprobación de nóminas. | Aplica actividad 31. |
| | | ¿Actividad? | Entonces. | | | | | | | | | |
| | | Solicitud de tiempo extra | Aplica siguiente actividad. | | | | | | | | | |
| | | Calculo de Guardias cubreincidencias y tiempo extraordinario. | Aplica actividad 18. | | | | | | | | | |
| Pago de nóminas. | Aplica actividad 25. | | | | | | | | | | | |
| Comprobación de nóminas. | Aplica actividad 31. | | | | | | | | | | | |
| ETAPA: SOLICITUD DE TIEMPO EXTRA. | | | | | | | | | | | | |
| 2. | Coordinador Administrativo. | Recibe del jefe de área de manera verbal la solicitud para poder ejercer tiempo extraordinario o guardias cubre incidencias, indica al jefe de área que elabore la justificación. | | | | | | | | | | |
| 3. | Jefe de Área. | Elabora la justificación en el “ Formato de solicitud tiempo extra ” (ver anexo 2) de acuerdo a la guía de llenado en donde indica la necesidad del gasto por tiempo extra y/o guardias para cubre incidencias y entrega el formato a la coordinación administrativa. | | | | | | | | | | |
| 4. | Coordinador Administrativo. | Recibe formato de solicitud tiempo extra, revisa los motivos de la solicitud y comenta con la Dirección del CAISAME el tiempo extraordinario requerido, determinen si se justifica el gasto: | | | | | | | | | | |
| | | <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Justifica el Gasto?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Aplica actividad 07.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Aplica actividad siguiente.</td> </tr> </tbody> </table> | ¿Justifica el Gasto? | Entonces. | Sí | Aplica actividad 07. | No | Aplica actividad siguiente. | | | | |
| | | ¿Justifica el Gasto? | Entonces. | | | | | | | | | |
| Sí | Aplica actividad 07. | | | | | | | | | | | |
| No | Aplica actividad siguiente. | | | | | | | | | | | |
| 5. | | Saca una copia del formato de solicitud tiempo extra y entrega original de dicho formato al Jefe de área, solicita firma de acuse en la copia, recaba copia firmada de la solicitud tiempo extraordinario e informa con el Jefe de área las variantes para cubrir la necesidad de acuerdo a los lineamientos que establece la Dirección de Recursos Humanos y considerando las necesidades del servicio (cambiar horarios laborales, solicitar apoyos en los días de descanso), archiva copia del formato de solicitud tiempo extraordinario. | | | | | | | | | | |

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD, CÁLCULO, PAGO Y COMPROBACIÓN DE NÓMINA.



CÓDIGO: **DOM-P030-I6_001**
 FECHA DE EMISIÓN: **7 DE JUNIO DEL 2010.**
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: **25 DE OCTUBRE DEL 2010.**

| No. ACT | RESPONSABLE | DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD | | | | | | |
|----------------------|---|--|----------------------|-----------|----|-----------------------------|----|------------------------------------|
| 6. | Jefe de Área. | Recibe formato de solicitud tiempo extra en original y copia e información variantes, firma de recibido en copia de dicho formato, y entrega copia a la coordinación administrativa. Fin de procedimiento. | | | | | | |
| 7. | Coordinador Administrativo. | Firma y recaba firma de la Dirección del CAISAME en el “Formato de Solicitud tiempo extra” , rotula sobre para la Subdirección de Administración e Innovación para su autorización, introduce formatos de solicitud (de todos los departamentos), envía sobre a la Subdirección de administración e Innovación. | | | | | | |
| 8. | Subdirección de Administración e Innovación. | Recibe sobre con lo (s) formato (s) de Solicitud tiempo extra y revisa si existe presupuesto asignado por la Dirección de Administración: <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <thead> <tr style="background-color: #d9ead3;"> <th style="width: 30%; text-align: center;">¿Existe presupuesto?</th> <th style="text-align: center;">Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">Aplica Actividad 11.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">No</td> <td style="text-align: center;">Aplica siguiente actividad.</td> </tr> </tbody> </table> | ¿Existe presupuesto? | Entonces. | Sí | Aplica Actividad 11. | No | Aplica siguiente actividad. |
| ¿Existe presupuesto? | Entonces. | | | | | | | |
| Sí | Aplica Actividad 11. | | | | | | | |
| No | Aplica siguiente actividad. | | | | | | | |
| 9. | | Registra en “bitácora” la fecha en la que se elaboró el formato de solicitud tiempo extra y regresa dicho formato a la Coordinación Administrativa. | | | | | | |
| 10. | Coordinador Administrativo. | Recibe formato de solicitud tiempo extra con la negativa por no existir presupuesto, aplica actividad 05. | | | | | | |
| 11. | Subdirector de Administración e Innovación. | Firma el formato de solicitud tiempo extra y entrega el formato a su secretaria para recabar firma de la dirección del instituto. | | | | | | |
| 12. | | Recibe y entrega formato de solicitud tiempo extra a la secretaria de la dirección del instituto para firma. | | | | | | |
| 13. | Apoyo Administrativo de la Subdirección de Administración e Innovación. | Recibe y recaba firma de la dirección del instituto, una vez recabada firma entrega formato de solicitud tiempo extra a la Subdirección de Administración e Innovación. | | | | | | |
| 14. | | Recibe y revisa el formato de solicitud tiempo extra debidamente firmados por la dirección, rotula e introduce sobre con los datos de la coordinación administrativa de estancia prolongada los formatos autorizados y envía por mensajería. | | | | | | |
| 15. | Coordinador Administrativo. | Recibe y revisa que el formato de solicitud tiempo extra venga debidamente firmada por la Subdirección de Administración e Innovación y por la dirección del instituto, entrega a control de asistencia, informa a jefe de área que puede ejercer el tiempo extraordinario. | | | | | | |

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD, CÁLCULO, PAGO Y COMPROBACIÓN DE NÓMINA.



CÓDIGO: DOM-P030-I6_001
 FECHA DE EMISIÓN: 7 DE JUNIO DEL 2010.
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 25 DE OCTUBRE DEL 2010.

| No. ACT | RESPONSABLE | DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD | | | | | | |
|--|---|---|----------------------|-----------|----|--|----|--|
| 16. | Control de Asistencia. | Recibe, archiva y resguarda formato de solicitud tiempo extra. | | | | | | |
| 17. | Jefe de Área. | Reciba notificación para poder ejercer el tiempo extraordinario. Fin de procedimiento. | | | | | | |
| ETAPA: CALCULO DE GUARDIAS CUBRE INCIDENCIAS Y TIEMPO EXTRAORDINARIO. | | | | | | | | |
| 18. | Control de Asistencia. | Revisa calendario de entrega de reporte a Recursos Humanos, rescata los formatos de solicitud tiempo extra y oficios de las guardias cubre incidencias archivados (en caso de existir), imprime la (s) “cedula de control de asistencia” digital de los trabajadores autorizados. | | | | | | |
| 19. | | Realiza el calculo de acuerdo a los lineamientos vigentes que emite la dirección de Recursos Humanos de la SSJ y determina si exceden de 12 guardias: <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">¿Más de 12 Guardias?</th> <th style="text-align: center;">Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td>Adjunta oficio archivado de las guardias cubre incidencia y autorización por Jefe de Área y el Vo. Bo. de la coordinación administrativa, aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">No</td> <td>Aplica actividad siguiente.</td> </tr> </tbody> </table> | ¿Más de 12 Guardias? | Entonces. | Sí | Adjunta oficio archivado de las guardias cubre incidencia y autorización por Jefe de Área y el Vo. Bo. de la coordinación administrativa, aplica siguiente actividad. | No | Aplica actividad siguiente. |
| ¿Más de 12 Guardias? | | Entonces. | | | | | | |
| Sí | | Adjunta oficio archivado de las guardias cubre incidencia y autorización por Jefe de Área y el Vo. Bo. de la coordinación administrativa, aplica siguiente actividad. | | | | | | |
| No | | Aplica actividad siguiente. | | | | | | |
| 20. | Descarga el cálculo de la guardias en el formato “acumulado mensual de guardias por trabajador” (ver anexo 3) e imprime. | | | | | | | |
| 21. | Realiza oficio dirigido a recursos humanos con una relación tanto del personal de tiempo extra como de las guardias de los cubre incidencias, adjunta cédulas de control de asistencia y entrega oficio a la coordinación administrativa. | | | | | | | |
| 22. | Coordinador Administrativo. | Recibe oficio con la relación del personal de tiempo extraordinario y las guardias cubreincidencias, las cédulas de control de asistencia, revisa que el calculo de las guardias cubre incidencias sea el correcto: <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">¿Correcto?</th> <th style="text-align: center;">Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td>Firma las relaciones u oficios y entrega a control de asistencia, aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">No</td> <td>Regresa oficio a control de asistencia con las observaciones a corregir, aplica actividad 19.</td> </tr> </tbody> </table> | ¿Correcto? | Entonces. | Sí | Firma las relaciones u oficios y entrega a control de asistencia, aplica siguiente actividad. | No | Regresa oficio a control de asistencia con las observaciones a corregir, aplica actividad 19. |
| ¿Correcto? | Entonces. | | | | | | | |
| Sí | Firma las relaciones u oficios y entrega a control de asistencia, aplica siguiente actividad. | | | | | | | |
| No | Regresa oficio a control de asistencia con las observaciones a corregir, aplica actividad 19. | | | | | | | |

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD, CÁLCULO, PAGO Y COMPROBACIÓN DE NÓMINA.



CÓDIGO: DOM-P030-I6_001
 FECHA DE EMISIÓN: 7 DE JUNIO DEL 2010.
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 25 DE OCTUBRE DEL 2010.

| No. ACT | RESPONSABLE | DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD | | | | | | |
|--|--|---|-------------|-----------|--|------------------------------------|-------------------|--|
| 23. | Control de asistencia. | Recibe oficios y soportes firmados, registra en “ Bitácora ” el número de oficio, el número de documentos adjuntos y las cédulas de registro de asistencia, entrega a recursos humanos del instituto, recaba firma de recibido. | | | | | | |
| 24. | Recursos Humanos/ SALME | Recibe oficio, cedulas y calculo, revisa el calculo de las nominas, emite la nomina y aplica procedimiento de emisión de nominas. Fin de procedimiento. | | | | | | |
| ETAPA: PAGO DE NÓMINAS. | | | | | | | | |
| 25. | Coordinador Administrativo. | Recibe nóminas y cheques de recursos humanos de acuerdo al calendario, firma la “ responsiva ” (ver anexo 4), determina si son nóminas tiempo extra y cubre incidencias o nominas estatales: | | | | | | |
| | | <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Nóminas?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nóminas Tiempo extra y cubre incidencias</td> <td>Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>Nóminas Estatales</td> <td>Aplica actividad 29.</td> </tr> </tbody> </table> | ¿Nóminas? | Entonces. | Nóminas Tiempo extra y cubre incidencias | Aplica siguiente actividad. | Nóminas Estatales | Aplica actividad 29. |
| | | ¿Nóminas? | Entonces. | | | | | |
| Nóminas Tiempo extra y cubre incidencias | Aplica siguiente actividad. | | | | | | | |
| Nóminas Estatales | Aplica actividad 29. | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 26. | | Contabiliza cheques contra los folios de las nóminas, firma de recibido el “ Responsiva ” (ver anexo 4) entregado por recursos financieros, entrega las nóminas y cheques a control de asistencia. | | | | | | |
| 27. | Control de Asistencia. | Recibe y revisa que las nominas concuerden con los montos de los cheques y contra las relaciones enviadas, determina si están correctas: | | | | | | |
| | | <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Correctas?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Aplica Actividad 29.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Informa al coordinador administrativo de las inconsistencias encontradas, aplica siguiente actividad.</td> </tr> </tbody> </table> | ¿Correctas? | Entonces. | Sí | Aplica Actividad 29. | No | Informa al coordinador administrativo de las inconsistencias encontradas, aplica siguiente actividad. |
| | | ¿Correctas? | Entonces. | | | | | |
| Sí | Aplica Actividad 29. | | | | | | | |
| No | Informa al coordinador administrativo de las inconsistencias encontradas, aplica siguiente actividad. | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 28. | Coordinador Administrativo. | Recibe notificación de control de asistencia de las inconsistencias encontradas y solicita aclaración con jefe de recursos humanos, informa a control de asistencias el resultado de la aclaración aplica actividad 27. | | | | | | |
| 29. | Control de Asistencia. | Separa cheques y nóminas por centro de responsabilidad, revisa calendario de pago y guarda en caja fuerte los cheques. | | | | | | |

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD, CÁLCULO, PAGO Y COMPROBACIÓN DE NÓMINA.



CÓDIGO: **DOM-P030-I6_001**
 FECHA DE EMISIÓN: **7 DE JUNIO DEL 2010.**
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: **25 DE OCTUBRE DEL 2010.**

| No. ACT | RESPONSABLE | DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD |
|--|-----------------------------|---|
| 30. | Control de Asistencia | Solicita gafete de identificación al trabajador en la fecha que indica el calendario para el día de pago, recaba la firma del trabajador en la “ nómina ”, corrobora la firma recabada con el gafete de identificación del trabajador y entrega cheques. Notas: <ul style="list-style-type: none"> En caso de que el trabajador no pueda cobrar personalmente entonces recibe “carta poder” (ver anexo 6) llenada con los datos correspondientes. En el caso de tratarse de nóminas para el pago de cubreincidencias y tiempo extraordinario recaba firma también en la “póliza de cheque”. Fin de procedimiento. |
| ETAPA: COMPROBACIÓN DE NÓMINAS. | | |
| 31. | Control de Asistencia. | Revisa calendario de comprobación de nominas. |
| 32. | | Integra relación de estímulo, todas las nóminas y cheques de la quincena, realiza oficio dirigido a recursos humanos del Instituto describiendo la comprobación de nómina, la cantidad de cheques y número de folios en el formato “ Responsiva ” que genera recursos humanos y entrega a la coordinación administrativa. |
| 33. | Coordinador Administrativo. | Recibe y revisa que las nóminas lleven todas las firmas de quien elabora, de quien la revisa y de quien autoriza, firma oficio de comprobación de nóminas y regresa a control de asistencia. |
| 34. | Control de asistencia. | Recibe oficios y soportes firmados del coordinador administrativo, entrega a recursos humanos / SALME, recaba firma de recibido en copia del oficio. |
| 35. | Recursos Humanos/ SALME | Recibe nominas y pólizas de cheques y aplica procedimiento respectivo para recursos humanos . Fin de procedimiento. |

| DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y MÉTODOS | |
|--|----------------------------------|
| Asesorado por: | Lic. Laura Leticia Pérez Peralta |
| PERSONAL QUE COLABORÓ EN LA DOCUMENTACIÓN | |
| • | • |

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD, CÁLCULO, PAGO Y COMPROBACIÓN DE NÓMINA.



CÓDIGO: DOM-P030-I6_001
FECHA DE EMISIÓN: 7 DE JUNIO DEL 2010.
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 25 DE OCTUBRE DEL 2010.

Documentos de Referencia

| Código | Documento |
|--------|--|
| | Lineamientos de Contratación y pago de personal cubre incidencias. |
| | |
| | |

Formatos Utilizados (Ver anexos)

| Código | Documento |
|----------|---|
| Anexo 01 | Diagrama de Flujo. |
| Anexo 02 | Formato de solicitud tiempo extra. |
| Anexo 03 | Acumulado mensual de guardias por trabajador. |
| Anexo 04 | Responsiva. |
| Anexo 05 | Carta Poder. |

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD, CÁLCULO, PAGO Y COMPROBACIÓN DE NÓMINA.



CÓDIGO: DOM-P030-I6_001
FECHA DE EMISIÓN: 7 DE JUNIO DEL 2010.
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 25 DE OCTUBRE DEL 2010.

ANEXOS

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
10

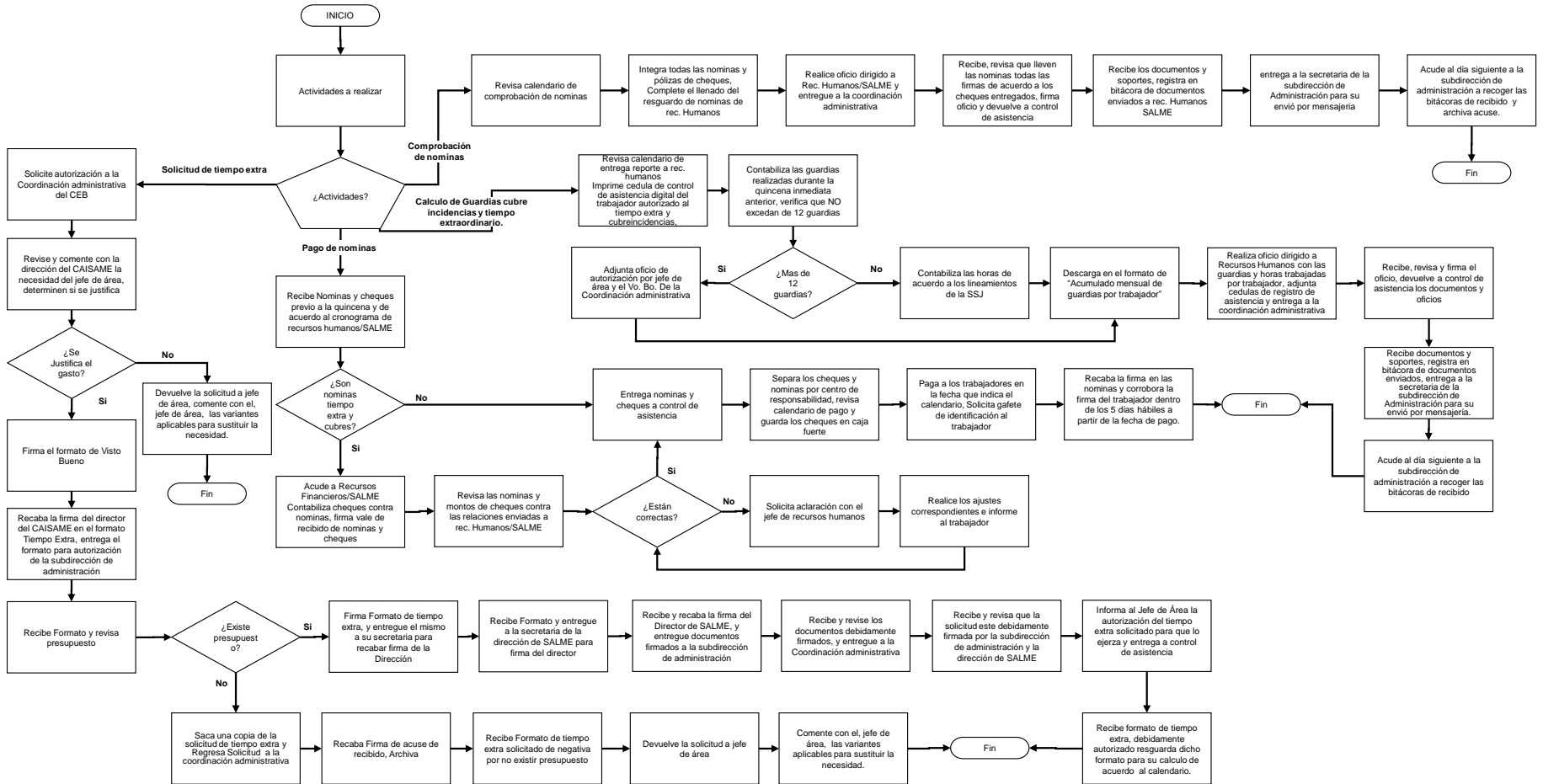
Centro de Atención Integral de Salud Mental, Estancia Prolongada.

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD, CÁLCULO, PAGO Y COMPROBACIÓN DE NÓMINA.



CÓDIGO: **DOM-P030-I6_001**
 FECHA DE EMISIÓN: **7 DE JUNIO DEL 2010.**
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: **25 DE OCTUBRE DEL 2010.**

ANEXO 01: DIAGRAMA DE FLUJO



SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD, CÁLCULO, PAGO Y COMPROBACIÓN DE NÓMINA.



CÓDIGO: **DOM-P030-I6_001**
 FECHA DE EMISIÓN: **7 DE JUNIO DEL 2010.**
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: **25 DE OCTUBRE DEL 2010.**

ANEXO 03: ACUMULADO MENSUAL DE GUARDIAS POR TRABAJADOR.

| NOMBRE «NOMBRE» | | RFC: «RFC» | | «NUMERO» | |
|------------------------------|-------|------------------|----|----------------|-------|
| DEPARTAMENTO: «DEPARTAMENTO» | | MES: «MES» | | | |
| TURNO MATUTINO | | TURNO VESPERTINO | | TURNO NOCTURNO | |
| DIA | CUBRE | DIA | | DIA | CUBRE |
| 1 | | V | 1 | 1 | |
| 2 | | S | 2 | 2 | |
| 3 | | D | 3 | 3 | |
| 4 | | L | 4 | 4 | |
| 5 | | M | 5 | 5 | |
| 6 | | M | 6 | 6 | |
| 7 | | J | 7 | 7 | |
| 8 | | V | 8 | 8 | |
| 9 | | S | 9 | 9 | |
| 10 | | D | 10 | 10 | |
| 11 | | L | 11 | 11 | |
| 12 | | M | 12 | 12 | |
| 13 | | M | 13 | 13 | |
| 14 | | J | 14 | 14 | |
| 15 | | V | 15 | 15 | |
| 16 | | S | 16 | 16 | |
| 17 | | D | 17 | 17 | |
| 18 | | L | 18 | 18 | |
| 19 | | M | 19 | 19 | |
| 20 | | M | 20 | 20 | |
| 21 | | J | 21 | 21 | |
| 22 | | V | 22 | 22 | |
| 23 | | S | 23 | 23 | |
| 24 | | D | 24 | 24 | |
| 25 | | L | 25 | 25 | |
| 26 | | M | 26 | 26 | |
| 27 | | M | 27 | 27 | |
| 28 | | J | 28 | 28 | |
| 29 | | V | 29 | 29 | |
| 30 | | S | 30 | 30 | |
| 31 | | D | 31 | 31 | |

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD, CÁLCULO, PAGO Y COMPROBACIÓN DE NÓMINA.



CÓDIGO: **DOM-P030-I6_001**
 FECHA DE EMISIÓN: **7 DE JUNIO DEL 2010.**
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: **25 DE OCTUBRE DEL 2010.**

ANEXO 04: RESPONSIVA.

| | | | | |
|---|--|--|---------|---------------|
| SECRETARÍA DE SALUD JALISCO | CAISAME ESTANCIA BREVE RESPONSIVA | SALME INSTITUTO JALISCOENSE DE SALUD MENTAL | | |
| PERIODO DEL ____ AL ____ DE ____ DEL 2010 | | | | |
| | FOLIOS | CHEQUES | TALONES | OBSERVACIONES |
| MEDIOS MANDOS | | | | |
| FEDERAL | | | | |
| RESIDENTES | | | | |
| PASANTES DE SERVICIO | | | | |
| ESTATAL 2510922 | | | | |
| ESTATAL 7010 | | | | |
| SUPERNUMERARIOS | | | | |
| NIVELACIONES | | | | |
| ANEXOS | | | | |
| ELABORO | RECIBIO | | | |
| _____ NORMA MAGALI MOSQUEDA ROMO | _____ NOMBRE | | | |
| FAVOR DE REGRESAR RESPONSIVA FIRMADA DE RECIBIDO GRACIAS | | | | |

SELLO


DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD, CÁLCULO, PAGO Y COMPROBACIÓN DE NÓMINA.



CÓDIGO: **DOM-P030-I6_001**
 FECHA DE EMISIÓN: **7 DE JUNIO DEL 2010.**
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: **25 DE OCTUBRE DEL 2010.**

ANEXO 05: CARTA PODER

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|-------------------------|-------------------------|---|---|
|  GOBIERNO DE JALISCO SECRETARÍA DE SALUD OPD SERVICIOS DE SALUD JALISCO | CARTA PODER PARA EFECTO DE COBRO DEPARTAMENTO DE DESARROLLO DE PERSONAL ATENCIÓN AL PERSONAL | | | | | | | | |
| UNIDAD ADMINISTRATIVA INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL | CARTA PODER No. _____ DIA _____ MES _____ AÑO _____ | | | | | | | | |
| <p>C. JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PAGOS S.S.J. PRESENTE:</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">NOMBRE</p> <p>ADSCRITO A: _____ CON CLAVE PRESUPUESTAL: _____ POR LA PRESENTE OTORGO PODER A: _____</p> <p>PARA QUE A MI NOMBRE Y REPRESENTACION EFECTUE EL COBRO Y FIRME LA NOMINA AL RECIBIR EL IMPORTE DE MI SUELDO Y PRESTACIONES ECONOMICAS CORRESPONDIENTES A: _____</p> <p>EN VIRTUD DE VERME IMPOSIBILITADO (A) A EFECTUARLO PERSONALMENTE POR:</p> <p style="text-align: center;">_____ DE _____ DE _____</p> <p style="text-align: center;">(LUGAR Y FECHA)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; border: none;"> OTORGANTE _____ NOMBRE Y FIRMA </td> <td style="width: 50%; text-align: center; border: none;"> ACEPTO EL PODER _____ NOMBRE Y FIRMA </td> </tr> </table> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> R.F.C. _____ DOMICILIO _____ COL. _____ MUNICIPIO _____ ESTADO _____ TEL. _____ </td> <td style="width: 50%; border: none;"> R.F.C. _____ DOMICILIO _____ COL. _____ MUNICIPIO _____ ESTADO _____ TEL. _____ </td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">TESTIGOS</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> _____ NOMBRE Y FIRMA </td> <td style="width: 50%; border: none;"> _____ NOMBRE Y FIRMA </td> </tr> </table> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> R.F.C. _____ DOMICILIO _____ COL. _____ MUNICIPIO _____ ESTADO _____ TEL. _____ </td> <td style="width: 50%; border: none;"> R.F.C. _____ DOMICILIO _____ COL. _____ MUNICIPIO _____ ESTADO _____ TEL. _____ </td> </tr> </table> <p>EL OTORGANTE Y LOS TESTIGOS, PREVIA IDENTIFICACION, RATIFICAN COMO SUYAS LAS FIRMAS QUE CALZAN ESTE DOCUMENTO, DOY FE</p> <p style="text-align: center;">JEFE DE LA UNIDAD</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">L.CI. ERIKA ELIZABETH MEDINA VARGAS (NOMBRE Y FIRMA)</p> | | OTORGANTE _____ NOMBRE Y FIRMA | ACEPTO EL PODER _____ NOMBRE Y FIRMA | R.F.C. _____ DOMICILIO _____ COL. _____ MUNICIPIO _____ ESTADO _____ TEL. _____ | R.F.C. _____ DOMICILIO _____ COL. _____ MUNICIPIO _____ ESTADO _____ TEL. _____ | _____ NOMBRE Y FIRMA | _____ NOMBRE Y FIRMA | R.F.C. _____ DOMICILIO _____ COL. _____ MUNICIPIO _____ ESTADO _____ TEL. _____ | R.F.C. _____ DOMICILIO _____ COL. _____ MUNICIPIO _____ ESTADO _____ TEL. _____ |
| OTORGANTE _____ NOMBRE Y FIRMA | ACEPTO EL PODER _____ NOMBRE Y FIRMA | | | | | | | | |
| R.F.C. _____ DOMICILIO _____ COL. _____ MUNICIPIO _____ ESTADO _____ TEL. _____ | R.F.C. _____ DOMICILIO _____ COL. _____ MUNICIPIO _____ ESTADO _____ TEL. _____ | | | | | | | | |
| _____ NOMBRE Y FIRMA | _____ NOMBRE Y FIRMA | | | | | | | | |
| R.F.C. _____ DOMICILIO _____ COL. _____ MUNICIPIO _____ ESTADO _____ TEL. _____ | R.F.C. _____ DOMICILIO _____ COL. _____ MUNICIPIO _____ ESTADO _____ TEL. _____ | | | | | | | | |

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA