

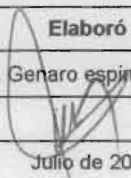
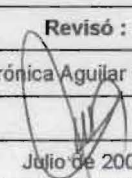
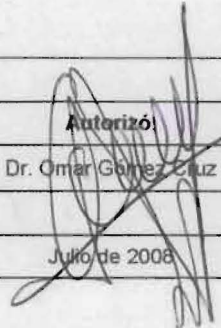




SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>		MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	Código: NA
		Departamento de Recursos Humanos		Rev. 0
		98. Procedimiento para la comprobación de nómina		Hoja: 1 de 7

98. PROCEDIMIENTO PARA LA COMPROBACIÓN DE NOMINA



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Lic. Genaro espinosa Ruíz	C.p. Verónica Aguilar Constantino	Dr. Omar Gómez Cruz
Firma			
Fecha	Julio de 2008	Julio de 2008	Julio de 2008

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 CENTRO REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD	Código: NA
	Departamento de Recursos Humanos		Rev. 0
	98. Procedimiento para la comprobación de nómina		Hoja: 2 de 7

1.0 Propósito.

1.1 Establecer los lineamientos para la ejecución de los recursos presupuestales del Capítulo 1000 "Servicios al Personal" del Hospital Regional de Alta Especialidad "Ciudad Salud", a través de las afectaciones en la nómina de la plantilla vigente.

2.0 Alcance.

2.1 Este procedimiento es aplicable para el Departamento de Recursos Humanos, Subdirección Administrativa, Subdirección de Recursos Humanos y Dirección de Administración y Finanzas.

3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos.

3.1 Es responsabilidad del Departamento de Recursos Humanos verificar que los pagos por nómina se realicen los días 10 y 25 de cada mes.

3.2 Es responsabilidad del Departamento de Recursos Humanos realizar los trámites para las afectaciones en los pagos que se originen por las inconsistencias de los trabajadores.



3.3 Es responsabilidad del Departamento de Recursos Humanos solicitar a los trabajadores firmar la nómina correspondiente al periodo de pago de que se trate en un lapso de tiempo de tres días.

3.4 Es responsabilidad del Departamento de Recursos Humanos a través del área de Nómina y Pagos la recepción, traslado, resguardo y comprobación de la nómina.

3.5 Es responsabilidad del Departamento de Recursos Humanos a través del área de Nómina y Pagos cumplir con los requisitos respecto de la firma de los trabajadores según los lineamientos de la Secretaría de Salud.

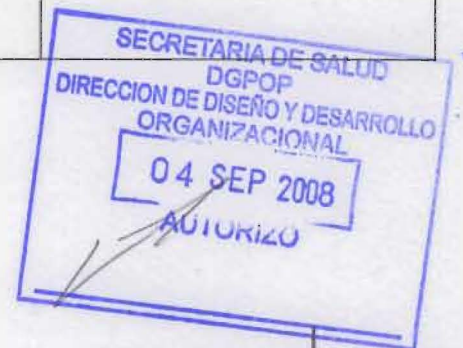


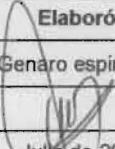
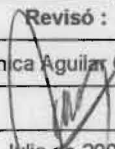
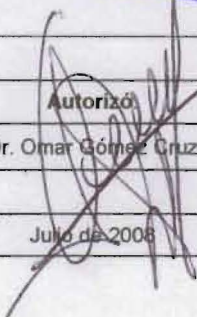
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Lic. Genaro espinosa Ruíz	C.p. Verónica Aguilar Constantino	Dr. Omar Gómez Cruz
Firma			
Fecha	Julio de 2008	Julio de 2008	Julio de 2008

 SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 CENTRO REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD	Código: NA
	Departamento de Recursos Humanos		Rev. 0
	98. Procedimiento para la comprobación de nómina		Hoja: 3 de 7

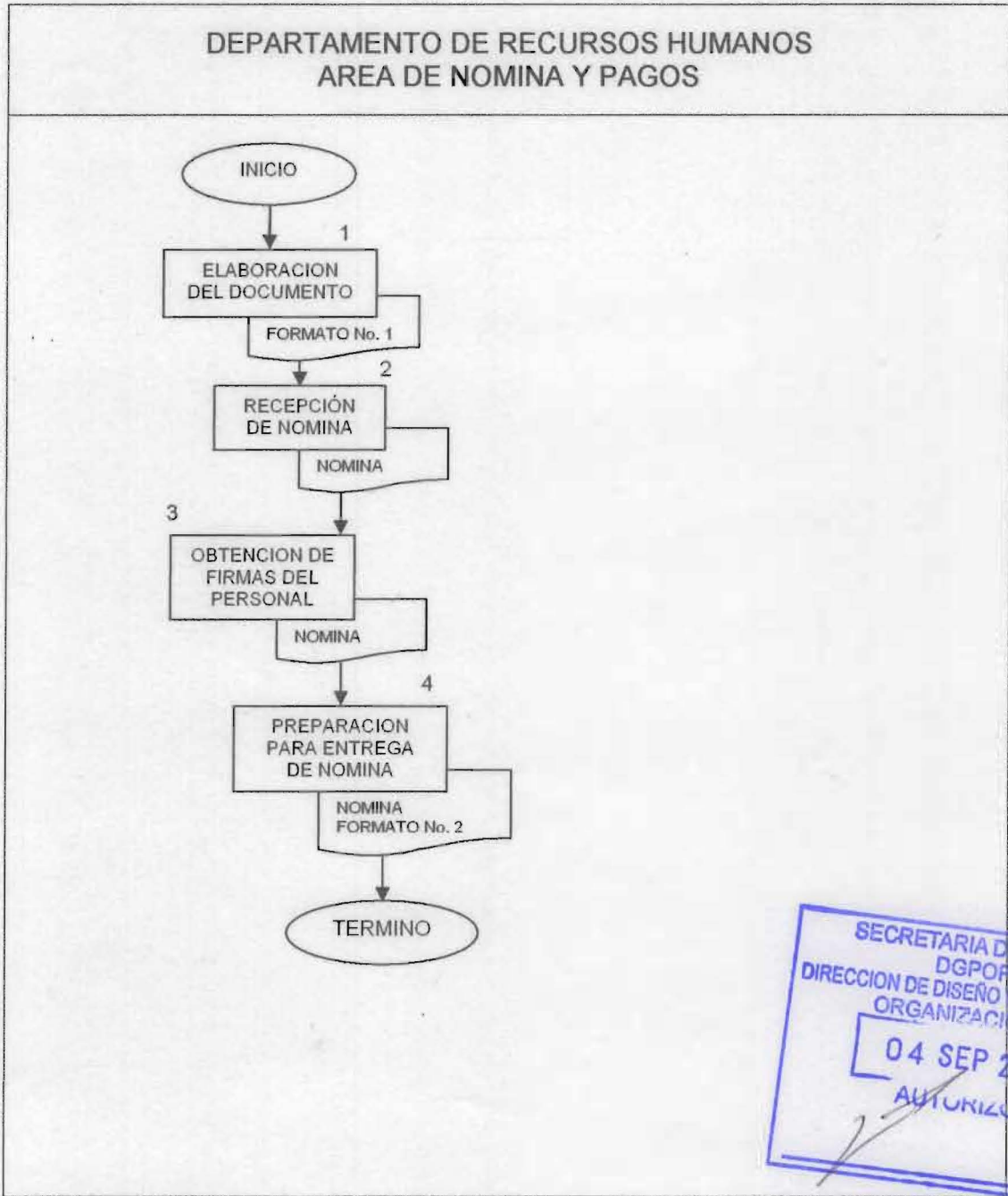
4.0 Descripción del procedimiento.

Secuencia de Etapas	Actividad	Responsable
1.0 Elaboración de documento	1.1 Llena el Formato No. 1 de las firmas autorizadas para recibir la nómina. 1.2 Entrega al Departamento de Distribución y Conciliación del Pago, en la Ciudad de México, D. F. <ul style="list-style-type: none"> • Formato No. 1 	Departamento de Recursos Humanos (área de Nómina y Pagos)
2.0 Recepción de Nómina	2.1 Recibe y revisa de comprobantes de pago. 2.2 Entrega el Formato No. 1 requisitado con las incidencias correspondientes y la firma de quien recibe. <ul style="list-style-type: none"> • Nómina. 	Departamento de Recursos Humanos (área de Nómina y Pagos)
3.0 Obtención de firmas del personal	3.1 Informa al personal que la Nómina ya esta a disposición para las firmas correspondientes. <ul style="list-style-type: none"> • Nómina. 	Departamento de Recursos Humanos (área de Nómina y Pagos)
4.0 Preparación para entrega de nómina	4.1 Separa original y copia de nómina para su entrega e integra los documentos necesarios para la recepción de nomina. 4.2 Elabora el formato No. 2 con las firmas correspondientes. 4.3 Envío y entrega de Nómina y Formato No. 2 ante el Departamento de Distribución y Conciliación de Pago de la Secretaría de Salud. <ul style="list-style-type: none"> • Formato No. 2 <p style="text-align: center;">TERMINA PROCEDIMIENTO.</p>	Departamento de Recursos Humanos (área de Nómina y Pagos)

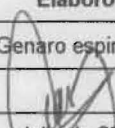
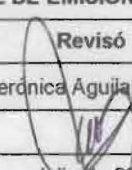
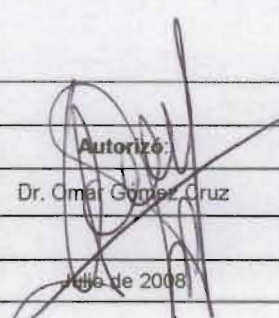




CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó :
Nombre	Lic. Genaro espinosa Ruíz	C.p. Verónica Aguilar Constantino	Dr. Omar Gómez Cruz
Firma			
Fecha	Julio de 2008	Julio de 2008	Julio de 2008

5.0 Diagrama de Flujo.



SECRETARIA DE SALUD
 DGPOP
 DIRECCION DE DISEÑO Y DESARROLLO ORGANIZACIONAL
04 SEP 2008
 AUTORIZO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó:
Nombre	Lic. Genaro espinosa Ruíz	C.p. Verónica Aguilar Constantino	Dr. Omar Gómez Cruz
Firma			
Fecha	Julio de 2008	Julio de 2008	Julio de 2008

 SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 CENTRO REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD	Código: NA
	Departamento de Recursos Humanos		Rev. 0
	98. Procedimiento para la comprobación de nómina		Hoja: 5 de 7

6.0 Documentos de referencia.

Documentos	Código (cuando aplique)
Decreto por el que se crea el Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas, como Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal. En el Diario Oficial de la Federación en fecha 29 de Noviembre de 2006, Primera Sección del Tomo DCXXXVIII No. 20	No aplica
Estatuto Orgánico del Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas. Primera Sesión Extraordinaria de la H. Junta de Gobierno a los treinta días de Enero de 2007	No aplica
Manual de Organización Especifico del Centro Regional de Alta Especialidad de Chiapas, autorizado vigente.	No aplica
Guía técnica para la elaboración de Manuales de Procedimiento	No aplica

7.0 Registros.

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Nominas requisitadas	5 años	Departamento de Recursos Humanos	Numero, tipo y año de quincena

8.0 Glosario.

8.1 Nómina: Es un sistema de contabilidad manual que consiste en una relación nominal de cada uno de los individuos que en una oficina deben percibir haberes.

9.0 Cambios de esta versión.

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica


10.0 Anexos.

10.1 FORMATO No. 1

10.2 FORMATO No. 2



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó :
Nombre	Lic. Genaro espinoza Ruíz	C.p. Verónica Aguilar Constantino	Dr. Omar Gómez Cruz
Firma			
Fecha	Julio de 2008	Julio de 2008	Julio de 2008

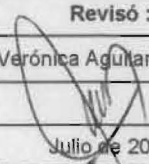
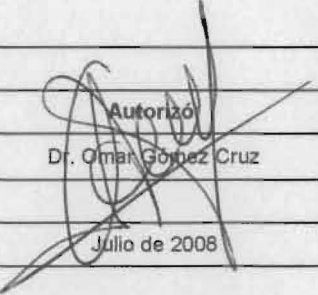
	DIRECCION GENERAL DE RECURSOS HUMANOS DIRECCION DE PERSONAL SUBDIRECCION DE REMUNERACION E INCIDENCIAS DEPARTAMENTO DE CONCILIACION DE REMUNERACION COMISION COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD			No. DE UNIDAD: <u>100</u> NOMBRE DE LA UNIDAD: <u>HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE TAPACHULA</u> NOMBRE DEL HABILITADO: <u>LIC. GENARO ESPINOSA RUIZ</u>	
	TIPO DE NOMINA: _____	COMPRUEBESE EN QUINCENA: _____		FECHA: _____ HORA: _____	

FOLIO DE COMPROBANTES O CHEQUES		TOTAL	CANCELADOS	DETENIDOS	MAL IMPRESOS	COMISIONADOS	TOTAL RECIBIDOS	OBSERVACIONES
DEL	AL							
TOTALES								

ENTREGO	RECIBIO
---------	---------

SECRETARIA DE SALUD
 DIRECCION DE DISEÑO Y DESARROLLO ORGANIZACIONAL
 04 SEP 2008
 AUTORIZO

FORMATO No.1: RESPONSIVA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó
Nombre	Lic. Genaro espinosa Ruíz	C.p. Verónica Aguilar Constantino	Dr. Omar Gómez Cruz
Firma			
Fecha	Julio de 2008	Julio de 2008	Julio de 2008

SECRETARÍA DE SALUD
 SUBSECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
 DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS
 DIRECCIÓN DE PERSONAL
 SUBDIRECCIÓN DE PAGO
 DEPARTAMENTO DE CONCILIACIÓN Y REMUNERACIONES
 COMPROBACIÓN DE NÓMINA

FECHA: _____ U.P. _____ NO. _____ ABOGADO: _____
 C.R.A.: _____

REGIMEN ORDINARIO RETROACTIVO
 EXTRAORDINARIO AGUINALDO COMPLEMENTARIO

PAGO DE CHEQUES Y COMPRANTES		TOTAL	DETENIDO DEPT. DE C.P. CHEQUES Y COMPRA		TOTAL RECIBIDO	PAGADO	CANCELADO CHEQUES
DEL	AL						

OBSERVACIONES

DESCRIPCIÓN DE PAGO DETENIDO POR EL DEPARTAMENTO DE DISTRIBUCIÓN Y CONCILIACIÓN DEL PAGO

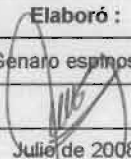
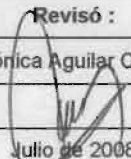
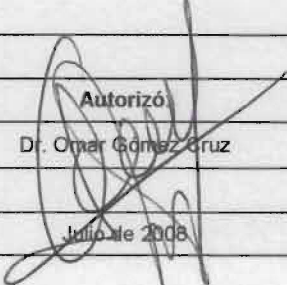
DEPARTAMENTO DE DISTRIBUCIÓN Y CONCILIACIÓN DEL PAGO: _____ DATE DE LA U.P.: _____
 NOMBRE: _____ NOMBRE DEL PAGADOR: _____ DE. JOSE LUIS DE FELICIANO ALBITE

FIRMA: _____ FIRMA: _____
 DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS DE LA C.A.S. C.P. VERÓNICA AGUILAR CONSTANTINO

C.E.L.: _____ FIRMA: _____

SECRETARÍA DE SALUD
DGPDP
DIRECCIÓN DE DISEÑO Y DESARROLLO ORGANIZACIONAL
04 SEP 2008
AUTORIZO

FORMATO No. 2: COMPROBACION DE NOMINA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró :	Revisó :	Autorizó :
Nombre	Lic. Genaro Espinosa Ruíz	C.p. Verónica Aguilar Constantino	Dr. Omar Gómez Cruz
Firma			
Fecha	Julio de 2008	Julio de 2008	Julio de 2008