

LICONSA

ABASTO SOCIAL DE LECHE

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE RECURSOS HUMANOS

Clave: VST-DA-PR-006

Número de Revisión: 18

Emisión Original: 15-07-1994

Fecha : 12-11-2018



ÍNDICE GENERAL

	Página
I. INTRODUCCIÓN-----	5
II. OBJETIVO-----	6
III. GLOSARIO-----	7
IV. MARCO LEGAL-----	13
V. ALCANCE-----	15
VI. NORMAS GENERALES-----	16
VII. POLÍTICAS DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS-----	17
Objetivo-----	17
Contratación del Personal de Confianza-----	18
Tabulador de Sueldos-----	19
Promoción e Incremento Salarial-----	19
Autorización de entrada y/o salida del personal en la Oficina Central y Centros de Trabajo-----	19
Autorización y pago de tiempo extra al personal en Centros de Trabajo-----	20
Indemnizaciones y finiquitos-----	21
Seguridad Jurídica Laboral-----	22
Jornada de Trabajo-----	23
Registro de Asistencia-----	23
Omisión de Checado-----	24
Justificación de Faltas de Asistencia sin Goce de Sueldo-----	24
Comisiones-----	24
Cursos de Capacitación-----	24
Becas-----	25
Obligaciones Tributarias del Salario-----	28
IMPUESTO SOBRE LA RENTA (ISR)-----	28
IMPUESTO ESTATAL SOBRE NÓMINAS-----	29
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS)-----	29
SISTEMA DE AHORRO PARA EL RETIRO (SAR)-----	29
INSTITUTO DEL FONDO NACIONAL DE LA VIVIENDA PARA LOS TRABAJADORES (INFONAVIT)-----	30
INSTITUTO DEL FONDO DE FOMENTO Y GARANTÍA PARA EL CONSUMO DE LOS TRABAJADORES (FONACOT)-----	30
Fondo de Ahorro-----	30
Incapacidades-----	31
Políticas de Asistencia-----	31
Entrada-----	31
Salida-----	31
Omisiones de Entrada y Salida-----	32
Seguro de Vida y Gastos Médicos Mayores-----	32
Seguro de Separación Individualizado-----	32
Registro de Plantilla de Personal-----	32
Designación de encargo en el puesto-----	33
Designación de encargo por modificación a la estructura-----	33
Designación por Ausencias Temporales para Gerentes y Mandos Medios-----	33
Descripción del Perfil de Puestos-----	34
Relación de Anexos-----	35
VIII. PROCEDIMIENTOS-----	42
VIII.1 CONTRATACIÓN DEL PERSONAL SINDICALIZADO (VST-DA-PR-006-02)-----	42
Objetivo-----	42
Descripción de Actividades-----	43
Diagrama de Flujo-----	44
Relación de anexos-----	45



VIII.2	VACACIONES DEL PERSONAL (VST-DA-PR-006-03)	46
	Objetivo	46
	Políticas de Operación	47
	Descripción de Actividades	49
	Diagrama de Flujo	50
	Relación de anexos	51
VIII.3	LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDADES PARA EL PERSONAL DE OFICINA CENTRAL Y CENTROS DE TRABAJO (VST-DA-PR-006-04)	52
	Objetivo	52
	Políticas de Operación	53
	Descripción de Actividades	54
	Diagrama de Flujo	56
	Relación de Anexos	58
VIII.4	TRANSFERENCIA INTERNA DE PERSONAL (VST-DA-PR-006-05)	63
	Objetivo	63
	Políticas de Operación	64
	Descripción de Actividades	65
	Diagrama de Flujo	67
	Relación de Anexos	68
VIII.5	PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y REVISIÓN DE LOS CONTRATOS COLECTIVOS DE TRABAJO (VST-DA-PR-006-06)	69
	Objetivo	69
	Descripción de Actividades	70
	Diagrama de Flujo	73
VIII.6	PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE FINIQUITOS Y LIQUIDACIONES (VST-DA-PR-006-07)	75
	Objetivo	75
	Políticas de Operación	76
	Descripción de Actividades	77
	Diagrama de Flujo	79
	Relación de Anexos	80
VIII.7	PROCEDIMIENTO PARA OTORGAR AYUDAS ECONÓMICAS PARA FOMENTO DEPORTIVO, AYUDA DE GASTOS MÉDICOS DENTALES O SEGURO DE GASTOS FUNERARIOS, ALUMBRAMIENTO Y FALLECIMIENTO DE FAMILIARES (VST-DA-PR-006-08)	81
	Objetivo	81
	Políticas de Operación	82
	Descripción de Actividades	85
	Diagrama de Flujo	86
VIII.8	PROCEDIMIENTO PARA EL OTORGAMIENTO DE VALES DE ALIMENTOS Y DESPENSA O TARJETA DE PREVISIÓN SOCIAL (VST-DA-PR-006-09)	87
	Objetivo	87
	Políticas de Operación	88
	Descripción de Actividades	90
	Diagrama de Flujo	91
VIII.9	SEGURIDAD E HIGIENE Y PROTECCIÓN CIVIL (VST-DA-PR-006-010)	92
	Objetivos	92
	Políticas de Operación	93
	Descripción de Actividades	99
	Diagrama de Flujo	102
	Relación de Anexos	104
VIII.10	PAGO DE PENSIONES ALIMENTICIAS (VST-DA-PR-006-011)	162
	Objetivo	162
	Políticas de Operación	163



	Descripción de Actividades-----	164
	Diagrama de Flujo-----	166
	Relación de Anexos-----	167
VIII.11	SERVICIO SOCIAL Y/O PRÁCTICAS PROFESIONALES (VST-DA-PR-006-12)-----	170
	Objetivo-----	170
	Políticas de Operación-----	171
	Requerimiento de Prestadores (as)-----	171
	Registro de Programas y/o Convenios de Colaboración-----	171
	Requisitos de Admisión-----	171
	Duración y horario-----	172
	Otorgamiento de Apoyo Económico al (a la) Prestador (a)-----	172
	Admisión e ingreso de Prestadores (as)-----	172
	Derechos y Obligaciones-----	173
	Causales de baja-----	173
	Descripción de Actividades-----	174
	Diagrama de Flujo-----	177
	Relación de Anexos-----	181
VIII.12	SEGURO DE VIDA Y GASTOS MÉDICOS MAYORES (VST-DA-PR-006-13)-----	202
	SUBPROCEDIMIENTOS-----	202
	A) Renovación, Alta, Baja y/o Modificación del Seguro de Gastos Médicos Mayores de Empleados y de Dependientes Económicos-----	202
	Objetivo-----	202
	Políticas de Operación-----	203
	Descripción de Actividades-----	207
	Diagrama de Flujo-----	211
	B) Indemnización de Siniestros del Seguro de Gastos Médicos Mayores-----	215
	Objetivo-----	215
	Políticas de Operación-----	216
	a) Pago Directo-----	216
	Descripción de Actividades-----	219
	Diagrama de Flujo-----	222
	b) Reembolso-----	226
	Descripción de Actividades-----	226
	Diagrama de Flujo-----	229
	c) Renovación del Seguro de Vida del Personal de Confianza y Sindicalizado-----	232
	Objetivo-----	232
	Políticas de Operación-----	233
	Descripción de Actividades-----	234
	Diagrama de Flujo-----	237
	d) Indemnización de Siniestros por Fallecimiento o por Incapacidad Total y Permanente del Seguro de Vida del Personal e Confianza y Sindicalizado-----	240
	Objetivo-----	240
	Políticas de Operación-----	241
	Descripción de Actividades-----	243
	Diagrama de Flujo-----	245
	Relación de Anexos-----	247
IX.	HISTORIAL DE CAMBIOS-----	251
X.	APROBACIÓN DEL COMITÉ DE MEJORA REGULATORIA INTERNA-----	256



I. INTRODUCCIÓN

Con el propósito de actualizar y simplificar el marco normativo que debe regir la administración de los Recursos Humanos de Liconsa, S.A. de C.V., se formuló el presente "Manual de Procedimientos de Recursos Humanos", cuya aplicación permitirá optimizar las tareas encomendadas y tener un mejor instrumento rector de las actividades de todas las áreas de la Subdirección de Recursos Humanos.

El presente Manual menciona las normas generales que regulan los servicios relativos a los Recursos Humanos, Relaciones Laborales, Prestaciones y de Seguridad e Higiene y Protección Civil; así como también, los procedimientos que cada departamento sigue para alcanzar los objetivos encomendados a la Subdirección de Recursos Humanos.

Cabe mencionar que la regulación de los servicios que presta el Departamento de Formación y Desarrollo Humano, en materia de Capacitación y Adiestramiento están contenidos en las Disposiciones en materia de Planeación, Organización y Administración de los Recursos Humanos, contenidos en el Manual Administrativo de Aplicación General en dicha materia, CAPÍTULO III Del Desarrollo de Capital Humano.

Asimismo, se menciona que el presente Manual cancela y sustituye al "Manual de Políticas y Procedimientos de Recursos Humanos" con clave DA-02/2002, con vigencia del 18 de febrero de 2002.



II. OBJETIVO

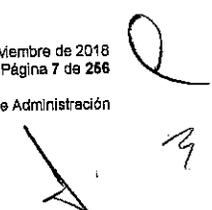
- El objetivo del presente Manual es el de administrar adecuadamente los Recursos Humanos de Liconsa, S.A. de C.V., mediante procedimientos detallados y políticas claras.
- Se espera que constituya una referencia práctica y ágil, que estandarice la metodología sobre el procedimiento administrativo que se desarrolla en la Subdirección de Recursos Humanos y en los Departamentos de Relaciones Industriales de las Gerencias Metropolitanas, Estatales y Programas de Abasto Social.
- Asimismo, con este documento se propiciará una atmósfera de equidad en el clima laboral, pago en tiempo y forma de las remuneraciones, prestaciones y repercusiones; así como de las obligaciones tributarias del salario derivadas de la relación laboral entre Liconsa, S.A. de C.V. y su personal.



III. GLOSARIO

Para efectos del presente Manual, se entenderá por:

<p>APOYO ECONÓMICO PARA PRESTADORES (AS) DE SERVICIO SOCIAL Y/O PRÁCTICAS PROFESIONALES</p>	<p>Es la retribución económica de carácter temporal que se otorga a los (las) Prestadores (as) de Servicio Social y/o Prácticas Profesionales.</p>
<p>CENTROS DE TRABAJO</p>	<p>Unidad(es) Administrativa(s) Foránea(s) que desarrollan las funciones y actividades productivas de Liconsa, S.A. de C.V. Término genérico para referirse a las Gerencias Metropolitanas, Estatales y Programas de Abasto Social.</p>
<p>CHECK LIST</p>	<p>Lista de chequeo de la documentación mínima necesaria para el resarcimiento de un siniestro.</p>
<p>COMISIÓN</p>	<p>Situación de un trabajador o una trabajadora de Liconsa, S.A. de C.V. que presta sus servicios oficiales transitoriamente fuera de su puesto, horario y lugar habitual de trabajo, por designación escrita de la propia Entidad.</p>
<p>CONTRATACIÓN</p>	<p>Formalización de la relación de trabajo mediante la firma del contrato de trabajo celebrado entre un trabajador o una trabajadora de nuevo ingreso y Liconsa, S.A. de C.V.</p>
<p>CONTRATO COLECTIVO DE TRABAJO</p>	<p>Convenio celebrado entre Liconsa, S.A. de C.V., el Secretario General del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Industria Láctea, Alimenticia, Similares y Conexos de la República Mexicana y las Representaciones Sindicales de las diversas Secciones que existen en los Centros de Trabajo de Liconsa, S.A. de C.V. y que están adheridas al "Sindicato Nacional de Trabajadores de la Industria Láctea, Alimenticia, Similares y Conexos de la República Mexicana", con el objeto de establecer las condiciones según las cuales debe prestarse el trabajo en el lugar correspondiente.</p>
<p>CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO</p>	<p>Es aquel por virtud del cual una persona se obliga a prestar a otra un trabajo personal subordinado, mediante el pago de un salario.</p>
<p>ENTREVISTA TÉCNICA</p>	<p>Conversación entre el candidato o la candidata a ocupar una plaza vacante y el que será su jefe o jefa directa, en la que se le hacen una serie de preguntas encaminadas a conocer con más detalle su experiencia laboral, nivel de conocimientos y afinidad con las actividades a desarrollar, así como sus opiniones e inquietudes</p>





	respecto al puesto que ocupará.
EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA	Prueba que se hace para valorar el perfil psicológico de un candidato o una candidata a ocupar una plaza vacante en Liconsa, S.A. de C.V.
FINIQUITO	Documento mediante el cual se determina y detallan los conceptos importes, así como el impuesto asociado al pago del finiquito que corresponde por la separación voluntaria del trabajador o la trabajadora de Liconsa, S.A. de C.V., con apego a lo establecido por la Ley Federal del Trabajo.
INCAPACIDAD	Situación de enfermedad, accidente, maternidad o riesgo de trabajo, que impide al trabajador o trabajadora acudir a desempeñar sus funciones en Liconsa, S.A. de C.V., La incapacidad del trabajador se formaliza mediante un documento dirigido al patrón, expedido por un médico autorizado del Instituto Mexicano del Seguro Social, a través del cual se informa del tipo de incapacidad, así como el período de tiempo estimado por el médico para la recuperación del trabajador o la trabajadora.
INCREMENTO SALARIAL	Cambio ascendente del nivel salarial del trabajador o la trabajadora conforme al Tabulador autorizado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) de sueldos vigente.
INDEMNIZACIÓN	Compensación económica otorgada al trabajador o trabajadora cuando este se separa laboralmente de Liconsa, S.A. de C.V. La determinación del importe por este concepto se realiza tomando en cuenta lo establecido en el Título Segundo, Capítulo IV, artículo 50 de la Ley Federal del Trabajo.
INDEMNIZACIÓN (SEGURO DE VIDA)	<u>Para Personal de Confianza.</u> - Pago de la suma asegurada a las y los beneficiarios designados por el asegurado(a) titular o al mismo si se tratara de incapacidad total y permanente (dictamen IMSS) <u>Para Personal Sindicalizado.</u> - Pago de la suma asegurada a las y los beneficiarios designados por el/la asegurado(a) titular.
INDEMNIZACIÓN (SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES)	Pago que realiza la aseguradora por los gastos médicos efectuados por el Asegurado(a) a consecuencia de un padecimiento, enfermedad o accidente cubierto por la póliza o bien que la aseguradora realice de manera directa al prestador de servicios.
JORNADA DE TRABAJO	Tiempo dedicado por el trabajador o la trabajadora al desarrollo de su trabajo diario o semanal en Liconsa, S.A. de C.V. La jornada de trabajo en Liconsa, S.A. de C.V. se rige por lo establecido en el Título

Handwritten marks and signatures at the bottom right of the page.



	Tercero, Capítulo II de la Ley Federal del Trabajo.
LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDADES	Procedimiento mediante el cual las áreas de Liconsa, S.A. de C.V. involucradas en la asignación y manejo de recursos financieros y materiales, identifican y detallan los adeudos existentes por parte del trabajador o trabajadora hacia Liconsa, S.A. de C.V., así como las remuneraciones o prestaciones pendientes de pago al trabajador o trabajadora al momento de la separación de este o ésta último(a), ya sea por renuncia voluntaria o liquidación.
MANUAL	El Manual de Procedimientos de Recursos Humanos.
NIÑAS Y/O NIÑOS	Son niñas y niños las personas de hasta 12 años incompletos, y adolescentes los que tienen entre 12 años cumplidos y 18 años incumplidos.
NIVEL	Referencia numérica entre los puestos, (ej. nivel 1, nivel 13, nivel 15) o rangos establecidos por la Entidad para diferenciar actividades y estratificaciones laborales.
OMISIÓN DE REGISTRO DE ASISTENCIA	Falta que comete el trabajador o la trabajadora por no registrar su asistencia en el sistema de asistencia o bitácora correspondiente, implementado para ello en la fuente laboral.
PAGO DIRECTO	Es el sistema mediante el cual la compañía aseguradora liquidará directamente al prestador(a) de servicios los gastos correspondientes a la atención médica del asegurado, como consecuencia de algún accidente o enfermedad cubierta por la póliza.
PERSONAL DE CONFIANZA	Trabajadores o trabajadoras que desempeñan de manera general actividades de dirección, inspección, vigilancia o fiscalización, en los términos de lo dispuesto por el artículo 9 de la Ley Federal del Trabajo.
PERSONAL SINDICALIZADO	Trabajadores agremiados o trabajadoras agremiadas al sindicato titular del contrato colectivo que rige las relaciones en Liconsa, S.A. de C.V.
PLAZA	Puesto de trabajo registrado y autorizado ante las Secretarías de Hacienda y Crédito Público y de la Función Pública, al cual corresponde un nivel salarial, lugar específico dentro de la estructura orgánica de la Entidad y recursos presupuestales del Capítulo 1000 Servicios Personales.

M

1

3



PÓLIZA	Nombre con que se conoce al contrato de seguro; documento en el que se encuentran todas las condiciones, cláusulas, endosos y exclusiones del contrato de seguro.
PRÁCTICAS PROFESIONALES	Son las actividades o ejercicios temporales de una profesión mediante un proyecto encaminado al fortalecimiento de los conocimientos adquiridos.
PRESTADOR (A) DE SERVICIO SOCIAL, PRESTADOR (A) DE PRÁCTICAS PROFESIONALES	Es el (la) estudiante que realiza diferentes actividades de su formación profesional para fortalecer su conciencia ética, moral, humanista y de retribución a la sociedad.
PROMOCIÓN	Cambio ascendente de puesto dentro de la estructura orgánica de Liconsa, S.A. de C.V., con el correspondiente nivel salarial.
PUESTO	Cargo asignado al trabajador o trabajadora, con funciones, responsabilidades y salario específicos.
RANGO	Subnivel dentro de cada nivel denominado mínimo o máximo
RECLUTAMIENTO	Inscripción de aspirantes o candidatos para ocupar una plaza vacante dentro de Liconsa, S.A. de C.V.
REEMBOLSO	Es el sistema mediante el cual la compañía aseguradora liquidará al asegurado(a), el monto de los gastos médicos que ha desembolsado como consecuencia de algún accidente o enfermedad cubierta por la póliza.
RENUNCIA	Documento por el cual, el empleado o la empleada formaliza y manifiesta su libre voluntad de separarse de Liconsa, S.A. de C.V., abandonando los derechos y beneficios inherentes a su antigüedad en la misma.
RESCISIÓN	Es la terminación de la relación laboral entre Liconsa, S.A. de C.V. y el trabajador o la trabajadora, por incumplimiento de alguna de sus cláusulas.
SALARIO BASE DE COTIZACIÓN O INTEGRADO	Se integra con los pagos hechos en efectivo por cuota diaria, gratificaciones, percepciones, alimentación, habitación, primas, comisiones, prestaciones en especie, y cualquiera otra cantidad o prestación que se entregue al trabajador o trabajadora por su trabajo.

[Handwritten signature and initials]



	con excepción de los conceptos previstos en el artículo 27 de la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social.
SALARIO DIARIO	Resultado aritmético obtenido al dividir el sueldo mensual tabular del trabajador entre 30 días.
SALARIO MÍNIMO	Cantidad de dinero establecida por la Ley Federal del Trabajo (Capítulo 11, artículo 90) que debe ser pagado como mínimo a todo trabajador o toda trabajadora en activo por los servicios prestados en una jornada de trabajo. Puede ser general o profesional y varía en función del área geográfica de aplicación (zona A, B Y C). Los salarios mínimos serán los que establezca la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos el primer día de enero de cada año.
SELECCIÓN	Es un proceso de elección del aspirante o candidato o candidata que se considera mejor o más adecuado para ocupar una plaza vacante dentro de Liconsa, S.A. de C.V., tomando como base sus atributos personales, tales como: nivel de escolaridad, conocimientos, experiencia laboral, disposición, resultados obtenidos en las pruebas aplicadas, apego al perfil del puesto de la plaza, entre otros.
SERVICIO SOCIAL	Actividad de carácter temporal y esencial del (la) estudiante para llevar a la práctica los conocimientos académicos adquiridos, fortaleciendo y consolidando su formación profesional. Se ejecuta en retribución a la sociedad de los recursos públicos destinados a la educación, fomentando un alto sentido de solidaridad y compromiso social. Es un requisito obligatorio previo a obtener el título profesional o técnico profesional.
SINIESTRO (SEGURO DE VIDA)	<u>Para Personal de Confianza.</u> - Muerte o incapacidad total y permanente del asegurado(a) titular (dictamen IMSS) <u>Personal Sindicalizado.</u> - Muerte, sin importar la causa que la provoque.
SINIESTRO (SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES)	Cualquier alteración en la salud del asegurado por causas anormales, internas o externas que amerite tratamiento médico y cuyo acontecimiento genera la obligación a la aseguradora a indemnizar.
SUELDO	Cantidad de dinero que recibe regularmente el trabajador o trabajadora por el desempeño de su cargo o de un servicio profesional en Liconsa, S.A. de C.V. Dicha cantidad se entrega en función del nivel salarial ocupado dentro del tabulador de sueldos autorizado.

3



SMGMVDF	Salario Mínimo General Mensual Vigente en el D.F.
TRABAJADOR (A) EVENTUAL	Persona que tiene una relación de trabajo por obra o tiempo determinados con LICONSA, S.A. de C.V., en términos de Título Segundo, Capítulo 11 de la Ley Federal del Trabajo.
TRABAJADOR (A) DE PLANTA	Persona que tiene una relación de trabajo por tiempo indeterminado con LICONSA, S.A. de C.V.
TRANSFERENCIA INTERNA	Procedimiento mediante el cual se reubica a un trabajador o trabajadora dentro de la estructura orgánica de Liconsa, S.A. de C.V.

[Handwritten signature and mark]



IV. MARCO LEGAL

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.- Artículo 123 apartado A: Lineamientos de la Relación Laboral. Vigente

1. Leyes

- Ley sobre el Contrato de Seguro. Vigente.
- Ley Federal del Trabajo. Vigente.
- Ley del Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores. Vigente.
- Ley de Premios, Estímulos y Recompensas Civiles. Vigente
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Vigente.
- Ley General de Salud. Vigente.
- Ley Federal de las Entidades Paraestatales. Vigente.
- Ley del Seguro Social. Vigente.
- Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Medio Ambiente. Vigente.
- Ley General de Protección Civil. Vigente.
- Ley del Impuesto Sobre la Renta. Vigente.
- Ley General de Responsabilidades Administrativas. Vigente.
- Ley de los Sistemas del Ahorro para el Retiro. Vigente.
- Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional. Vigente.
- Ley General de Educación. Vigente.
- Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Vigente.
- Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Vigente
- Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Vigente.
- Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares Vigente.
- Ley General del Sistema Nacional Anticorrupción. Vigente

2. Código

- Código Fiscal de la Federación. Vigente.

3. Reglamentos

- Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales. Vigente.
- Reglamento Federal de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente de Trabajo. Vigente.
- Reglamento de la Ley del Sistema de Ahorro para el Retiro. Vigente.
- Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización. Vigente.
- Reglamento de la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente en Materia de Residuos Peligrosos, Vigente.
- Reglamento Interior de Trabajo de cada Centro de Trabajo, Vigente.
- Reglamento Interior de Trabajo para personal de Confianza de Oficina Central. Vigente.
- Reglamento de Inscripción, Pago de Aportaciones y Entero de Descuentos al Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores. Vigente.
- Reglamentos de la Ley del Seguro Social. Vigente.
- Reglamento del Código Fiscal de la Federación. Vigente.
- Reglamento de la Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional, Relativo al Ejercicio de las Profesiones en la Ciudad de México.
- Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental. Vigente.
- Reglamento de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares. Vigente.
- Reglamento de la Ley del Impuesto Sobre la Renta. Vigente.



4. Decretos

- Decreto del Ejecutivo Federal por el que se crea el Sistema Nacional de Protección Civil.
- Decreto que establece las Disposiciones para el otorgamiento de aguinaldo de fin de año correspondiente al Ejercicio Fiscal 2004 o subsecuentes.

5. Otras disposiciones legales

- Manual Administrativo de Aplicación General, en materia de Recursos Humanos. Vigente.
- Norma que regula el Seguro de Separación Individualizado en la Administración Pública Federal. Vigente.
- ~~Manual de Percepciones de la Administración Pública Federal. Vigente.~~
- Contrato Colectivo de Trabajo vigente para Personal Sindicalizado en cada Centro de Trabajo.
- Contrato de Seguro Colectivo de Gastos Médicos Mayores, vigente.
- Contrato de Seguro Colectivo de Vida, vigente.
- Contrato Individual de Trabajo, vigente.
- Manual de Solicitud, Autorización y Trámite de Pago. Vigente.
- Lineamientos para la contratación de seguros sobre bienes patrimoniales y de personas a cargo de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal.

6. Referencias:

- Manual de Procedimiento para la Elaboración, Actualización, Revisión, Autorización y Publicación de los Documentos Normativos de Liconsa, S.A. de C.V., Vigente.
- Plan Nacional de Desarrollo.





V. ALCANCE

A. En Oficina Central:

- Dirección General.
- Direcciones de Área.
- Titulares de Unidad.
- Órgano Interno de Control.
- Subdirecciones.
- Jefaturas de Departamento.
- Personal en General.

B. En Centros de Trabajo:

En lo que sea aplicable.

- Gerencias.
- Subgerencias.
- Jefaturas de Departamento.
- Personal en General.



VI. NORMAS GENERALES

Los Centros de Trabajo deberán utilizar este manual.

- Corresponde a los Titulares de las áreas involucradas, la aplicación del presente Manual, apegándose estrictamente a sus disposiciones.
- La Subdirección de Recursos Humanos informará oportunamente a los titulares de las Jefaturas de Departamento a su cargo, y a los correspondientes en los Centros de Trabajo, los lineamientos normativos, técnicos y administrativos, emitidos por la Dirección de Administración y que tengan que ver con la Administración de los Recursos Humanos.



VII. POLÍTICAS DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS (VST-DA-PR-006-01)

OBJETIVO

- Regular los procedimientos de recursos humanos, con el fin de administrar el cumplimiento de las políticas de operación que aplican en la Entidad.

1. Contratación del Personal de Confianza

- Toda contratación del personal de confianza deberá ser autorizado por el Director de Administración.
- Las personas a ingresar a Liconsa, S.A. de C.V. deberán contar con la experiencia, y la escolaridad para cubrir el puesto y el perfil de puesto correspondiente.
- En el caso del personal de confianza, se deberá contratar con el rango denominado mínimo en el nivel que le corresponda, únicamente se le podrá asignar el nivel máximo cuando el Director General lo autorice, en base a las habilidades y experiencias del aspirante en relación al puesto a desempeñar.
- Las personas que ingresen a Liconsa, S.A. de C.V., deben ser de preferencia de nacionalidad mexicana; en caso de haber prestado sus servicios anteriormente en Liconsa, S.A. de C.V. o haber causado baja mediante indemnización total, podrán reingresar solo cuando haya transcurrido como mínimo dos años desde la fecha de su separación, o cuando el Director General lo autorice. En caso que el Servidor Público o Servidora Pública solicite su reingreso antes de dos años, deberá devolver a Liconsa, S.A. de C.V. la parte proporcional de su indemnización tomando como base, para obtener la proporcionalidad, los tres meses establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- El candidato o candidata de nuevo ingreso deberá contar con el visto bueno del área solicitante en la que ingresará, para tal efecto en el apartado "Calificación del candidato de la entrevista" en la solicitud de empleo proporcionada por la Entidad, la sección "PRIMERA ENTREVISTA" será contestada por el Jefe Inmediato Superior."
- El personal de nuevo ingreso deberá cumplir totalmente con la documentación requerida, que será presentada en original (solo para su cotejo) y copia (ANEXO DOCUMENTACIÓN). Asimismo el Departamento de Recursos Humanos en Oficinas Centrales o el Departamento de Relaciones Industriales en los Centros de Trabajo serán las áreas indicadas de verificar que la/el aspirante no se encuentre inhabilitado o inhabilitada.
- El personal de nuevo ingreso deberá acudir al Departamento de Recursos Humanos o Relaciones Industriales en un plazo no mayor a 5 días hábiles a partir de su fecha de ingreso para contestar las evaluaciones psicométricas y de conocimientos.
- En lo relativo al Certificado de Estudios Oficial (último grado cursado), cuando una persona de nuevo ingreso, o bien promocionado o promocionada, sea candidato o candidata a ocupar un puesto de Mando Medio o Nivel Superior, deberá de presentar su Título de Licenciatura y Cédula Profesional, la cual deberá ser consultada en el Registro Nacional de Profesiones por el Departamento de Recursos Humanos en Oficinas Centrales o Relaciones Industriales en los Centros de Trabajo. En el caso de que el candidato o candidata no cuente con su Cédula Profesional, se le avisará que en un plazo no mayor a 45 días hábiles deberá presentarla.
- Cuando una persona de nuevo ingreso, haya causado alta en Liconsa, S.A. de C.V., el Departamento de Recursos Humanos en Oficinas Centrales o el Departamento de Relaciones Industriales en los Centros de Trabajo, tendrán la obligación de resguardar los documentos del trabajador en un expediente del personal. Dicho expediente deberá contar con la información siguiente (ANEXO INFORMACIÓN DEL EXPEDIENTE).

2. Tabulador De Sueldos

- Con relación al aumento anual del personal operativo de confianza, con base en el presupuesto autorizado y a los parámetros de incremento establecidos por la Unidad de Política y Control Presupuestario de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Dirección de Administración tendrá la obligación de elaborar un tabulador ponderado, mismo que deberá beneficiar en mayor medida a los niveles salariales de menor ingreso, para su posterior registro ante la unidad de política y control presupuestario de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- Con base en el tabulador registrado la Dirección de Administración tendrá la facultad de establecer niveles salariales mínimos y máximos.

3. Promoción e Incremento Salarial

- a) El Director de Área o Titular de Unidad o Gerente del Centro de Trabajo podrán autorizar el cambio de rango del mínimo al máximo de su categoría a través del formato FRI-1 "Requisición y Movimiento de Personal".

Lo anterior tras considerar el desempeño y aptitud de quien sea propuesto para la promoción correspondiente.

- b) En el caso de promociones que involucren el cambio de nivel, éstas deberán ser al rango medio o máximo del nivel propuesto.

Una vez transcurridos 6 meses como mínimo en el nivel asignado y previa evaluación del jefe inmediato, mediante la "Solicitud de Movimiento" formato SRH-861-1 y "Factores de Evaluación" formato SRH-861-2, se considerará la posibilidad de asignarle el rango medio o máximo, siempre y cuando existan las siguientes condiciones:

- Que exista la plaza vacante.
- Requisición, que puede solicitar el trabajador o la trabajadora, autorizada por el Director del Área o Titular de la Unidad de Adscripción o Gerente del Centro de Trabajo y por el Director de Administración.

- c) Todos los movimientos de promoción e incremento de sueldo, deberán ser tramitados ante el Departamento de Recursos Humanos y/o de Relaciones Industriales con una anticipación de 10 días hábiles, a la fecha que se pretenda surta efecto dicho movimiento.

- d) Por ningún motivo el Departamento de Recursos Humanos y/o de Relaciones Industriales realizará movimientos de promoción e incremento salarial en fecha retroactiva o extemporánea.

4. Autorización de Entrada y/o Salida de Personal en Oficina Central y Centros de Trabajo

- a) La autorización de entrada y/o salida únicamente será aplicable al personal de nivel 15 e inferiores en Oficina Central y Centros de Trabajo.
- b) Toda entrada de personal fuera del horario de labores establecido, deberá estar amparada en la forma FRI-2 "Requisición y Movimiento de Personal", firmada por el Director o Subdirector del Área de Adscripción en Oficina Central, y en los Centros de Trabajo, por el Gerente o Subgerente.
- c) El personal que requiera salir durante su horario de labores, deberá presentar en Recepción o Vigilancia, el formato "Autorización de Entrada y/o Salida de Personal", debidamente autorizado. En Oficinas



Centrales por la/el Director (a) o Subdirector (a) del área, en los Centros de Trabajo por la/el Gerente o Subgerente respectivo. En caso de no encontrarse el titular del área y ante una situación de emergencia podrá firmar, en Oficinas Centrales cualquier Director (a), Subdirector (a), en los Centros de Trabajo cualquier Subgerente. No tendrá ninguna validez este formato si ésta autorizado por funcionario o funcionaria no facultado o no facultada para ello o cuando tenga tachaduras o enmendaduras.

- d) El personal que por motivos de trabajo salga de la oficina y no regrese, deberá de presentar a más tardar al día siguiente el formato FRI-2 "Requisición y Movimiento de Personal" debidamente autorizado.
- e) ~~Es responsabilidad de Vigilancia, registrar diariamente en una bitácora los formatos "Autorización de Entrada y/o Salida" FRI-24 que le hayan presentado, ordenándolos por número de folio.~~

5. Autorización y Pago de Tiempo Extra al Personal en Centros de Trabajo

- a) Se considera "Tiempo Extra" aquella jornada que desempeñe el trabajador o trabajadora después de su horario normal de labores.
- b) Por ningún motivo deberá autorizarse para laborar tiempo extra al personal de Oficina Central, ni tampoco para el personal de Centros de Trabajo que tenga la categoría de jefe o jefa de unidad o sección, coordinador o coordinadora, jefe o jefa de departamento y niveles superiores, por lo que en consecuencia, no procederá el pago de tiempo extra al citado personal.
- c) Únicamente se solicitará, autorizará y pagará tiempo extra en los Centros de Trabajo al siguiente personal:
 - Trabajadores sindicalizados o trabajadoras sindicalizadas con funciones sustantivas.
 - Empleados o empleadas de confianza con funciones sustantivas de las áreas de Producción, Distribución, Control de Calidad, Mantenimiento, Mantenimiento Civil, Almacenes, Servicio Médico y Vigilancia, tomándose en consideración lo establecido en el punto anterior.
- d) Toda autorización para trabajar tiempo extra, deberá realizarse en la forma FGRRE-01 "Solicitud de Autorización para Trabajar Tiempo Extra", la cual tendrá que ser requisitada previamente por parte del jefe inmediato o jefa inmediata del trabajador o trabajadora misma que deberá estar firmada por el Jefe de Departamento y por el Subgerente de la adscripción del trabajador; y debe contener las fechas y las horas en las que tendrá verificativo el Tiempo Extra.
- e) La/El Gerente del Centro de Trabajo será el único responsable de autorizar que se trabaje y pague el tiempo extra. En ausencia de la/el Gerente lo deberán autorizar la/el Subgerente del Área que genera el pago mancomunadamente con la/el Subgerente de Administración y Finanzas.
- f) Todo el personal que haya sido autorizado para laborar tiempo extra, deberá registrar su salida en la tarjeta de asistencia respectiva, hasta que concluya la jornada extraordinaria.
- g) El o la titular del Departamento en que se haya laborado tiempo extra, deberá utilizar el "Reporte de Tiempo Extra", formato FGRR-RE-01, a efecto de reportar semanalmente al personal sindicalizado y quincenalmente al personal de confianza.
- h) El Departamento de Relaciones Industriales efectuará una revisión al "Reporte de Tiempo Extra", formato FGRR-RE-01, para cotejar que el personal autorizado sea el que se encuentre laborando la jornada extraordinaria.



- i) El Departamento de Relaciones Industriales revisará que el formato FGRR-RE-01, venga debidamente requisitado y autorizado, así como que las horas extras reportadas sean las mismas que se indicaron en la "Solicitud de Autorización para Trabajar Tiempo Extra", formato FGRR-TE-01, y las registradas en la tarjeta de asistencia del trabajador.
- j) El pago del tiempo extra se efectuará de acuerdo a lo establecido a los artículos 67 y 68 de la Ley Federal de Trabajo.
- l) El pago de tiempo extra deberá realizarse por el Departamento de Relaciones Industriales, dentro de la nómina que corresponda al período en que se haya generado dicho tiempo.
- m) Queda estrictamente prohibido efectuar pago de tiempo extra que no haya sido autorizado entre las partes de acuerdo a lo establecido en este procedimiento; el incumplimiento de esta prohibición, generará el fincamiento de responsabilidades a que haya lugar.

6. Indemnizaciones y Finiquitos

a) Pago de Indemnizaciones y Finiquito:

- Para el pago de indemnizaciones consistentes en noventa días de salario integrado, más veinte por cada año de servicios y doce días al doble del Salario Mínimo Diario Vigente para cada año de servicios, se requerirá la autorización de la Dirección de Administración.
- El cálculo de los finiquitos e indemnizaciones del personal de confianza deberá apegarse a lo establecido por la Ley Federal del Trabajo.
- Por lo que se refiere al personal sindicalizado, los finiquitos e indemnizaciones se calcularán conforme a lo establecido en la Ley Federal del Trabajo y con base en las negociaciones que se lleven a cabo con el Sindicato Titular del Contrato Colectivo de Trabajo.
- Para la liberación en tiempo y forma de la hoja de responsabilidades, es necesario que el trabajador (a) proporcione los elementos necesarios, y en caso de no hacerlo, el trabajador (a) será el responsable del retraso del trámite de su liberación.
- Será responsabilidad del Departamento de Recursos Humanos y/o el Departamento de Relaciones Industriales, la adecuada elaboración de los cálculos de finiquitos e indemnizaciones, debiéndose remitir a la Dirección de Administración para su autorización correspondiente, lo anterior, previa liberación de la hoja de responsabilidades.
- En **Oficina Central** la Subdirección de Recursos Humanos a través del Departamento de Recursos Humanos, una vez que tenga en su poder la hoja de liberación de responsabilidades firmada por las áreas correspondientes, elaborará el cálculo de finiquito o indemnización y lo turnará para su autorización al Director de Administración, en un plazo que no excederá de diez días hábiles y solicitará a la Dirección de Finanzas y Planeación el pago.
- La Dirección de Finanzas y Planeación expedirá el cheque correspondiente, en un término no mayor de diez días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud hecha por el Director de Administración.
- En los **Centros de Trabajo**, la Subgerencia de Administración y Finanzas a través del Departamento de Relaciones Industriales elaborará el cálculo de finiquito o indemnización una vez que tenga en su poder la hoja de liberación de responsabilidades firmada por las áreas



correspondientes y enviará a la Dirección de Administración la documentación en un plazo que no excederá de cinco días hábiles para su validación y autorización.

- El Departamento de Recursos Humanos en un término que no excederá de cinco días hábiles en Oficina Central, revisará y validará el cálculo y lo turnará para su autorización al Director de Administración para solicitar a la Dirección de Finanzas y Planeación la liberación de recursos al Centro de Trabajo.
- La Dirección de Finanzas y Planeación liberará el recurso correspondiente, en un término no mayor de diez días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud hecha por el Director de Administración.
- El Departamento de Relaciones Laborales en Oficina Central y el Departamento de Relaciones Industriales en los Centros de Trabajo, una vez que hayan recibido el cheque y/o liberación de recursos, elaborarán el convenio de terminación de la relación laboral fuera de juicio y lo pagarán en un término que no excederá de tres días hábiles ante la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje siempre y cuando haya disponibilidad del ex trabajador (a) para recibirlo.
- La/El Director (a) de Administración será el facultado o facultada para autorizar indemnizaciones al personal, así como para llevar a cabo las negociaciones correspondientes. La/El Director (a) de Administración podrá delegar esta facultad a la/el Subdirector (a) de Recursos Humanos.
- Tanto los finiquitos como las indemnizaciones deberán realizarse mediante Convenio de Terminación de la Relación Laboral ante la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje de la jurisdicción correspondiente, o en el Centro de Trabajo, cuando las necesidades del caso concreto así lo requieran, previa autorización de la/el Director (a) de Administración.
- Queda estrictamente prohibido realizar pagos de finiquitos e indemnizaciones del personal cuando no se cuente con la "Liberación de Responsabilidades", en la que se acredite que el empleado no tiene adeudos con Liconsa, S.A. de C.V. En el supuesto de que se contravenga la disposición anterior por parte de Oficina Central, el pago de los adeudos corresponderá a la/el Subdirector (a) de Recursos Humanos y en el caso de Centros de Trabajo, quedará a cargo de la/el Gerente.

7. Seguridad Jurídica Laboral

Se dará por terminada la relación de trabajo de manera definitiva, cuando exista cualquiera de los supuestos que se indican a continuación:

- Renuncia por escrito del trabajador o trabajadora.
- La Rescisión de la Relación Laboral.
- El mutuo consentimiento de las partes, manifestando mediante convenio debidamente ratificado ante la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje.
- La terminación del Contrato por Obra o Tiempo Determinado, sin que subsista la materia del trabajo.
- Incapacidad física o mental o inhabilitación del trabajador o trabajadora, que haga imposible la prestación del trabajo.
- Muerte del trabajador o trabajadora, y



- Demás casos señalados por la Ley Federal del Trabajo.
- En caso de fallecimiento del trabajador o trabajadora, se procederá al pago de las prestaciones correspondientes a quien(es) la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje de la Jurisdicción competente, determine como beneficiario(s), mediante laudo o resolución.
- Para efectuar el aviso de la rescisión de la relación de trabajo a algún empleado o empleada de Oficina Central, el director del área involucrada deberá consultar oportunamente por medio de oficio el caso ante la Dirección de Administración, la cual dará la resolución respectiva.
- Tratándose del personal de los Centros de Trabajo, la/el Gerente informará por escrito a la Dirección de Administración los antecedentes, para que en su caso, se proceda con base en la normatividad aplicable.

8. Jornada de Trabajo

Tanto el personal de confianza de Oficina Central como de Centros de Trabajo laborarán en una jornada diurna de 48 horas semanales como máximo, distribuidas en jornadas diarias durante la semana, excepto en el día o días de descanso semanal que se haya estipulado en el contrato individual de trabajo y de acuerdo al Reglamento Interior de Trabajo correspondiente.

El trabajador o la trabajadora y la Entidad fijarán la duración de la jornada de trabajo de lunes a viernes e incluso hasta el día sábado cuando así lo requiera Liconsa, S.A. de C.V., sin que pueda exceder de los máximos legales.

El personal sindicalizado de los Centros de Trabajo laborará conforme a lo que dispongan sus respectivos Contratos Colectivos de Trabajo.

Al personal que se le conceda permiso de salida dentro de su horario de labores, deberá presentar ante el servicio de Vigilancia la forma denominada "Autorización de Entrada y/o Salida de Personal", la cual deberá estar autorizada por el subdirector o subdirectora del Área de adscripción del empleado o empleada en Oficina Central y en los Centros de Trabajo, por las/los subgerentes.

9. Registro de Asistencia

- El personal de Oficina Central de nivel 15 e inferiores, deberá registrar su asistencia en el registro electrónico a la entrada y salida de su jornada de labores.
- El personal de Centros de Trabajo, donde no cuentan con registro electrónico y que tenga nivel salarial 15 e inferiores, deberá registrar asistencia en tarjeta o bitácora, marcando las entradas y salidas de su jornada de labores, incluyendo la hora de salida y entrada del tiempo que se conceda para tomar alimentos.
- La/El Director (a) de área, Titular de Unidad o gerente del Centro de Trabajo, autorizará y justificará ante el Área de Recursos Humanos y/o de Relaciones Industriales, la excepción del registro de asistencia al personal que por la naturaleza de sus funciones no registre su asistencia en el sistema que se tenga para tal fin, estableciendo los mecanismos de control para las personas exceptuadas de registro y será de su estricta responsabilidad el mantener enterada de manera quincenal en su caso, al Área de Recursos Humanos y/o Relaciones Industriales, mediante oficio o formato FRI-2 "Requisición y Movimientos de Personal" de las incidencias en que incurra este personal.



- Las omisiones de registro de asistencia, sólo podrán ser autorizadas por la/el Director (a) de área, Titular de Unidad, Subdirector (a) del área, gerente, subgerente del Centro de Trabajo correspondiente.

10. Omisiones de Checado

Solo por "asuntos oficiales", para la justificación de ésta, deberá presentar debidamente requisitada y autorizada por la/el subdirector (a) en Oficina Central y por la/el subgerente en Centros de Trabajo, el formato "Requisición y Movimiento de Personal" FRI-2, al Departamento de Recursos Humanos o Departamento de Relaciones Industriales, en el entendido que a falta de ésta se procederá a descontar vía nómina lo correspondiente al día que ocurra la omisión de checado.

11. Justificación de Faltas de Asistencia sin Goce de Sueldo

Se justificarán las faltas de asistencia a sus labores al personal que ocupe puestos de nivel salarial 15 e inferiores en Oficina Central y en Centros de Trabajo, sin pago de salario en el siguiente caso:

- Por enfermedad del trabajador o trabajadora de uno a tres días (sin otorgamiento de incapacidad del Instituto Mexicano del Seguro Social -IMSS-) de su cónyuge, hijos e hijas, de acuerdo a la autorización del jefe o jefa inmediato, la que no podrá exceder de tres días. Para lo cual, deberá presentar el comprobante de consulta o receta médica expedida por el IMSS, o por el médico particular con su número de Cédula Profesional.

En estos casos, el empleado o un familiar de éste, deberá avisar la causa de la inasistencia al jefe inmediato o jefa inmediata del trabajador o trabajadora. La justificación se otorgará conforme al comprobante que éste presente.

Toda justificación de faltas de asistencia deberá estar soportada con el comprobante respectivo, mismo que se deberá anexar a la forma FRI-2, "Requisición y Movimientos de Personal".

12. Comisiones

En caso de comisión, ésta deberá ser comprobada ante el Departamento de Recursos Humanos y/o Departamento de Relaciones Industriales, mediante el formato FRI-2, anexándole el "Oficio de Comisión", autorizado por la/el Director (a), Subdirector (a), y/o gerente correspondiente, conteniendo la fecha, el sello del lugar y motivo de la comisión. El documento deberá presentarse al siguiente día hábil del regreso de la comisión.

13. Cursos de Capacitación

Si el trabajador (a) es designado o designada para tomar cursos de capacitación fuera de las instalaciones de su Centro de Trabajo, con base al programa autorizado por la Dirección de Administración o un curso que no está en el programa, pero es adecuado para desempeño y mejora de sus funciones laborales y el o la servidor (a) lo solicitó y le fue autorizado, deberá tramitar el formato FRI-2 para la omisión de checado de asistencia, y entregarlo al Departamento de Recursos Humanos y/o Relaciones Industriales, deberá tramitar el formato FRI-2 para la omisión de checado de asistencia, y entregarlo al Departamento de Recursos Humanos y/o Relaciones Industriales, a más tardar un día hábil antes del inicio del curso de capacitación y al concluir éste deberá entregar copia de la constancia que avale su asistencia.



14. Becas

Definición

Las becas son los estudios académicos que Liconsa, S.A. de C.V., pagará, en porcentaje que va del 10 al 100 por ciento de su costo, a uno o más trabajadores, en instituciones educativas de prestigio nacional o extranjero, en las modalidades: presencial o en línea, que pueden realizarse dentro o fuera de las instalaciones de Liconsa, S.A. de C.V., de la localidad del centro de trabajo, fuera de ella pero dentro del territorio nacional o en el extranjero, versará sobre cualquier materia científica del conocimiento, y deberá contar con un plan de estudios sustentado por las Instituciones Educativas del Sistema Educativo Nacional:

En el último caso deberá justificarse su necesidad, durante o fuera de la jornada laboral, en el primer caso se recorrerá la jornada el tiempo necesario, a fin de que sea cumplida diariamente.

Instituciones Educativas

- a) De Gobierno Federal.
- b) De sus organismos descentralizados y desconcentrados.
- c) Estatales
- d) Particulares con incorporación de estudios a la SEP.
- e) Particulares con reconocimiento de validez oficial de estudios de la SEP.
- f) Particulares con autorización de estudios otorgado por la SEP.
- g) De educación superior a las que la ley otorga autonomía. (Leyes orgánicas estatales o federales).
- h) Extranjeras cuya validez acepte el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT).

No se otorgarán becas en instituciones educativas diferentes a las enunciadas anteriormente.

Presupuestos

El número de becas y su porcentaje a pagar dependerá de:

- a) Suficiencia presupuestaria, independientemente del nombre de la partida contable de Liconsa, S.A. de C.V. utilizada para esos pagos.
- b) No obstaculizar la eficacia en la operación de las diversas áreas administrativas de la Entidad.
- c) Cumplimiento de requisitos de las instituciones académicas por parte del becado y capacidad personal, académica y laboral, para realizar y terminar los estudios propuestos.

Propuesta de el/la trabajador (a)

La propuesta del **trabajador (a)** para becar se realizará del siguiente modo:

- a) La Dirección de Administración o La Comisión Mixta de Capacitación, conjunta o separadamente, podrán proponer a uno más servidores públicos o servidoras públicas, durante el mes de mayo de cada año, y se prepararán los documentos a que haya lugar para la inscripción de que se trate.
- b) Desde ese momento, el servidor público o servidora pública estará pendiente de indicar al Departamento de Desarrollo Humano el inicio de las actividades escolares de inscripción en la escuela o universidad que le atañe. Lo anterior se origina porque las diferentes escuelas y universidades tienen calendarios y planes de estudios diferentes.
- c) Se podrá nominar un trabajador o trabajadora por sí mismo, en los términos anteriores.



- d) La Dirección de Administración podrá aceptar la propuesta de un trabajador o trabajadora por sí mismo.
- e) La/El o los (as) trabajadores (as) propuestos (as), deberán contar con los requisitos solicitados por la institución académica, y demostrarlo a la Dirección de Administración, con la documentación oficial en original.
- f) Los (as) trabajadores (as) propuestos (as) manifestarán ante la Dirección de Administración, someterse al reglamento de la institución educativa, y que los estudios y trabajos académicos que le serán solicitados no perjudicarán su desempeño laboral. Sin estas manifestaciones no se otorgará beca alguna.

Requisitos previos al otorgamiento y durante la ejecución de las becas

Para aceptar el otorgamiento de becas sobre cualquier materia científica del conocimiento:

- a) La Entidad solicitará a las instituciones registradas en su directorio, los programas, grados académicos, costo, horas de clase de cada asignatura, su objetivo por materia y el general de ese grado académico o educación continua, con lo que ponderará su importancia.
- b) Se privilegiarán los niveles académicos más importantes, (maestrías y doctorados) su costo, y a las escuelas más sobresalientes, para lo cual se puede atender a la clasificación nacional de Universidades o escuelas con estudios profesionales, sin importar si se trata de una institución privada o pública. Se privilegiarán los estudios en las Universidades Públicas Nacionales, debido a que su costo permite becar más servidores públicos.
- c) Se determinará la procedencia del pago total o parcial del costo de los estudios, y para determinar el porcentaje que pagará la Entidad, se aplicará un examen socioeconómico al o los servidores públicos propuestos.
- d) El porcentaje del costo de los estudios que no cubra la Entidad será responsabilidad del trabajador o trabajadora, quien manifestará por escrito si acepta la beca o no, en caso negativo la entidad procederá a proponer a otro trabajador o trabajadora que ocupe su lugar.
- e) La/El trabajador (a) que se propone a sí mismo, puede indicar una escuela no registrada en el directorio de la entidad, sin embargo, él debe acreditar que dicho centro de estudios se encuentra dentro de los enunciados con anterioridad.

El trámite de inscripción lo realizará el Departamento de Formación y Desarrollo Humano, el cual contará con la documentación proporcionada por el trabajador, desde el mes de mayo previo al trámite correspondiente, en tiempo y forma, cualquier retraso injustificado será considerado responsabilidad del trabajador o trabajadora, y la Dirección de Administración tendrá la facultad de proponer otro empleado como becario.

La/El trabajador (a) tendrá que asistir a todas las reuniones que requiera la institución educativa para quedar inscrito y al recibir la documentación que acredite su inscripción, será el único responsable del resultado académico, independientemente de sus actividades laborales.

Liconsa, S.A. de C.V. empleará todos los recursos económicos que se destinen para el pago de las becas y para abarcar más becados o becadas, podrá dividir el porcentaje del pago de becas entre todos los becados, pero siempre deberá haber un mínimo del 10 por ciento del pago de la beca a favor del becado.

El becado o becada irá entregando a la Dirección de Administración los documentos que acrediten la calificación y el cambio al curso siguiente, en tanto termine los estudios de la beca. No hacerlo así, acarrea la terminación inmediata de esta obligación patronal y se podrá buscar a otro beneficiario o beneficiaria.



Tras terminar los estudios, de ser requerido un proceso de titulación, el beneficiario o beneficiaria tendrá doce meses para realizarlo y contará con los permisos necesarios, de acuerdo al cronograma para elaboración de trabajo final o tesis y titulación que presente a la Dirección de Administración; y mostrará sus avances en las fechas indicadas en el cronograma precitado.
En caso de ajuste al cronograma, el becado deberá presentarla a la Dirección de Administración y justificar la causa.

Si en un plazo de 6 meses, posteriores a la fecha indicada en el cronograma, no se realiza el trámite al que haya lugar, el becado o becada tendrá que justificar la causa.

Si concluye el plazo indicado en el cronograma y el que otorga la institución educativa para el trámite de titulación sin que esto ocurra, se considerará como daño al patrimonio de Liconsa, S.A. de C.V. y comenzarán a surtir los efectos legales a que haya lugar.

Posteriormente a la titulación del becado o becada, este o esta laborará al menos dos años para Liconsa, S.A. de C.V.

En caso de que surja una invención o descubrimiento científico o adelanto al estado de la técnica derivado de los estudios e investigaciones realizados por el trabajador por medio de una beca otorgada por Liconsa, S.A. de C.V., se considerará dentro de lo establecido por la Ley Federal del Trabajo en su Título Cuarto, Capítulo V "Invención de los trabajadores".

Cancelación

La beca se cancelará por:

- a) Reprobar cualquiera de las materias de sus cursos.
- b) No entregar los trabajos solicitados en tiempo y forma,
- c) Sobrepasar el número de faltas permitidas o no contar con las asistencias requeridas por la institución educativa, en estos casos Liconsa, S.A. de C.V. podrá preguntar al centro educativo por el rendimiento académico del becado;
- d) No cumplir el becado con sus actividades laborales como lo hacía antes del inicio de sus estudios, este caso será corroborado por el superior del becado o becada, con las personas que hayan emitido opinión en ese sentido en el Centro de Trabajo, quienes deberán demostrarlo a través de oficios, correos electrónicos o cualquier prueba que no deje lugar a dudas;
- e) Cualquier causa de terminación de la relación laboral.

Del Directorio de Instituciones Educativas

Formación

Este directorio se formará en un primer momento, con el que se cuenta para capacitación y adiestramiento, se eliminarán las instituciones que no otorguen conocimientos profesionales.

Se agregarán las instituciones, que tras una investigación del Departamento de Desarrollo y Formación Humana, acrediten otorgar conocimientos profesionales y ser instituciones con reconocido prestigio.

Se tomará en cuenta, aquellas instituciones que aparezcan dentro de las 20 mejor posicionadas en la clasificación de Instituciones Educativas a nivel profesional.



Clasificación

Primer criterio

Se clasificará el directorio de Instituciones Educativas, de acuerdo al criterio de profesiones que con mayor frecuencia contrate Liconsa, S.A. de C.V., para limitar el tamaño del directorio, por lo que solo debe incluir las 30 profesiones más contratadas.

Segundo criterio

Hecho lo anterior se clasificará por preeminencia de universidades en cada profesión, de manera que la Institución de mayor puntaje en la clasificación por profesiones quede en el número uno y así sucesivamente, hasta el lugar 20.

Tercer criterio

Se anotará el costo total de los estudios que se proponen, quedando primera en la clasificación, la institución que ofrezca los costos más reducidos por los estudios que se pretendan y segunda la siguiente mejor oferta, así sucesivamente hasta el lugar 20.

Cuarto criterio

Liconsa, S.A. de C.V. buscará firmar convenios con las instituciones educativas mejor posicionadas en la clasificación correspondiente, para lograr reducir costos en los estudios que se han de becar. De tal manera que se realicen hasta 20 convenios, siendo el primero de ellos el que tenga mayor descuento en el precio de los estudios y segundo, la siguiente mejor oferta y así sucesivamente.

De las becas para estudios en el extranjero

Estas se otorgarán a través del convenio correspondiente celebrado entre Liconsa, S.A. de C.V. y el Colegio Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT).

15. Obligaciones Tributarias del Salario

Deberán presentar su Declaración Anual de Impuestos ante el Sistema de Administración tributaria (SAT); los trabajadores o trabajadoras que por sueldos y salarios rebasen un importe de \$400,000 pesos anuales.

Durante el ejercicio fiscal respectivo, será obligación del Departamento de Recursos Humanos en Oficina Central y del Departamento de Relaciones Industriales en los Centros de Trabajo, llevar a cabo el timbrado de las Nóminas Ordinarias y Extraordinarias que se generen. Así como entregar al trabajador o trabajadora el "Comprobante Fiscal Digital CFDI".

16. Impuesto Sobre la Renta (ISR).

- a) El Departamento de Recursos Humanos y el Departamento de Relaciones Industriales, serán los y las responsables de revisar que las retenciones al sueldo y prestaciones se realicen de acuerdo con lo que establece la Ley del ISR en vigor y su reglamento, y que los enteros se realicen en los plazos estipulados.
- b) Se efectuará el pago a los trabajadores o trabajadoras que resulten con crédito al salario a favor y deberán pagarlo conjuntamente con el sueldo, indicándose en el recibo correspondiente; este concepto deberá ser invariablemente en efectivo.
- c) El Departamento de Recursos Humanos y el Departamento de Relaciones Industriales, será el responsable de entregar al finalizar el año al trabajador o trabajadora o ex trabajadores una constancia que contenga el total de ingresos pagados, diferenciando los ingresos gravados e ingresos exentos.



16.1 Impuesto Estatal sobre Nóminas

- a) El Departamento de Recursos Humanos y el Departamento de Relaciones Industriales, verificarán que se lleve a cabo el cálculo del impuesto estatal en los formatos y tiempos establecidos, conforme a los lineamientos emitidos por cada entidad federativa.

16.2 Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Es responsabilidad del Departamento de Recursos Humanos en Oficina Central y del Departamento de Relaciones Industriales en los Centros de Trabajo:

- a) Inscribir a los trabajadores y trabajadoras y comunicar los movimientos de modificaciones de salario y bajas del personal al IMSS, conforme a lo estipulado en la Ley del Seguro Social vigente, evitando sanciones que pueden traducirse en daño patrimonial.
- b) Efectuar las retenciones de los salarios de los trabajadores por concepto de cuotas del Seguro Social, conforme a lo indicado en la Ley del Seguro Social vigente.
- c) Determinar el monto del pago de cuotas obrero-patronales correspondientes al Seguro Social, mismas que serán reportadas ante la institución autorizada por el IMSS, en las fechas y plazos establecidos por la Ley del Seguro Social y los reglamentos respectivos vigentes.
- d) El Departamento de Recursos Humanos y el de Relaciones Industriales que tengan "Convenio de Pago Indirecto y Reembolso de Subsidios" con el IMSS, serán los responsables de gestionar la recuperación del pago de subsidios por concepto de incapacidades expedidas por el IMSS, así como de llevar los controles correspondientes.
- e) El Departamento de Recursos Humanos será el responsable de establecer los parámetros de la integración del salario base de cotización para el pago de amortizaciones y cuotas obrero-patronales del IMSS, Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) e Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT), conforme a lo establecido en la Ley del Seguro Social y sus reglamentos respectivos vigentes, Ley del INFONAVIT y sus reglamentos vigentes y en la Ley Federal del Trabajo, siendo esta integración de la siguiente forma:

Factores fijos:

- Sueldo y salario.
- Aguinaldo.
- Prima vacacional.
- Vales de despensa.
- (Excedente del 40% SMG mensual).

Factores variables:

- Vales de Despensa (extra en diciembre).
- Compensación.
- Premio Anual de Puntualidad (sindicalizados)
- Tiempo Extra (conforme a la Ley).
- Primas Dominicales.
- Bono de Productividad.

16.3 Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR)

- a) El Departamento de Recursos Humanos en Oficina Central y el Departamento de Relaciones Industriales en los centros de trabajo, serán los responsables, respecto de su personal, de determinar el importe que por concepto de aportaciones del 2 % debe efectuar Liconsa, S.A. de C.V. por sus trabajadores o trabajadoras, así como realizar el pago correspondiente ante la institución bancaria en la fecha establecida en la Ley del INFONAVIT y sus reglamentos vigentes.



16.4 Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT)

El Departamento de Recursos Humanos en Oficina Central y el Departamento de Relaciones Industriales en los Centros de Trabajo, serán los responsables, ante sus trabajadores o trabajadoras, de:

- a) Determinar el importe que por concepto de aportaciones del 5 % debe efectuar Liconsa, S.A. de C.V., por sus trabajadores (as), así como realizar el pago correspondiente ante la institución bancaria en la fecha establecida en la Ley del INFONAVIT y sus reglamentos.
- b) Realizar la retención de las amortizaciones de los créditos de vivienda otorgados a los (as) trabajadores (as), así como efectuar su entero correspondiente.
- c) Proporcionar a los (as) trabajadores (as) los comprobantes de las aportaciones y amortizaciones de créditos efectuados por bimestre.
- d) Proporcionar a los trabajadores o trabajadoras la información que requieran para gestionar ante el INFONAVIT las solicitudes de crédito de vivienda correspondientes.

16.5 Instituto del Fondo de Fomento y Garantía para el Consumo de los Trabajadores (FONACOT).

El Departamento de Recursos Humanos en Oficina Central y el Departamento de Relaciones Industriales, en los Centros de Trabajo, serán los responsables ante sus trabajadores y trabajadoras de:

- a) Retener al/el trabajador (a) el importe correspondiente que por concepto de amortización de crédito FONACOT, así como, efectuar el entero de éstos ante dicho instituto al siguiente mes de su retención.
- b) Enterar al FONACOT las bajas del trabajador o trabajadora mediante copia fotostática de la baja que se presentó al Seguro Social.

17. Fondo de Ahorro

- a) El personal operativo de confianza y sindicalizado contratado por tiempo indeterminado, tendrán derecho a esta prestación, la cual se integrará mediante la aportación del porcentaje que Liconsa, S.A. de C.V. determine en el cuadro de prestaciones autorizadas y una cantidad igual que al trabajador le será descontada por nómina en la primera quincena de cada mes.
- b) El salario bruto mensual del personal de confianza, considerado como base para calcular el porcentaje de las aportaciones del fondo de ahorro, no deberá exceder de uno punto tres (1.3) veces el Salario Mínimo General Vigente correspondiente.
- c) Si la/el trabajador (a) no desea hacer la aportación que le corresponde y en consecuencia no otorga su conformidad en la forma de "Consentimiento de Descuento para el Fondo de Ahorro", perderá su derecho a que Liconsa, S.A. de C.V. le otorgue esta prestación.
- d) El personal que no haya otorgado el consentimiento para el descuento del fondo de ahorro y quiera incorporarse, sólo lo podrá hacer al inicio del nuevo ejercicio.



- e) Este fondo se integrará con las aportaciones hechas del 01 de julio al 30 de junio del año siguiente y se entregará al trabajador o trabajadora durante los quince días posteriores a este período.
- f) El empleado o empleada tendrá derecho a recibir el total del fondo constituido a su favor, así como los rendimientos generados durante el período anual establecido, una vez concluido éste.
- g) El Fondo de Ahorro será administrado por un Comité, el cual será constituido por: el Subdirector o Subdirectora de Recursos Humanos, el Subdirector o Subdirectora de Tesorería General, el Subdirector o Subdirectora de Contabilidad General y el Jefe o Jefa del Departamento de Recursos Humanos, participando como asesores: el Subdirector Jurídico o Subdirectora Jurídica y el Titular del Área de Auditoría Interna. El Comité será presidido por el Subdirector o Subdirectora de Recursos Humanos y los Titulares podrán nombrar a sus respectivos suplentes con nivel mínimo de Jefe o Jefa de Departamento.
- h) En el mes de mayo el Comité del Fondo de Ahorro presentará ante el personal que participó en el ahorro, un informe sobre su actuación y los resultados obtenidos.
- i) El personal que se encuentre incapacitado y que por tal motivo no se pueda efectuar el descuento del Fondo de Ahorro por nómina, podrá efectuar su aportación correspondiente en la Caja del Centro de Trabajo.

- **Incapacidades**

- a) El Departamento de Recursos Humanos o el Departamento de Relaciones Industriales cubrirán hasta el 100% (cien por ciento) del sueldo del personal por encontrarse incapacitado por el IMSS; sea por enfermedad general, riesgo de trabajo o maternidad, siempre y cuando entregue el formato ST-07 y/o la incapacidad expedida por el IMSS, el día siguiente hábil a su expedición.
- b) Durante el ejercicio fiscal respectivo, será obligación del Departamento de Recursos Humanos en Oficina Central y del Departamento de Relaciones Industriales en los Centros de Trabajo, llevar a cabo el timbrado de las Nóminas Ordinarias y Extraordinarias que se generen. Así como entregar al trabajador el "Comprobante Fiscal Digital CFDI".

18. Políticas de Asistencia

18.1 Entrada

El personal operativo de confianza, podrá realizar su registro de asistencia de entrada, 30 minutos antes del inicio de sus labores y hasta 15 minutos posteriores al mismo.

18.2 Salida

El personal operativo de confianza, podrá realizar su registro de asistencia de salida, a partir de su hora de salida y hasta 30 minutos posteriores al mismo.

18.3 Omisiones de entrada y salida

18.3.1 Los (as) trabajadores (as) operativos (as) de confianza tienen la obligación de presentarse a laborar a la hora de inicio de sus labores, considerándose los quince minutos posteriores como tolerancia para efectos de evitar el descuento del día correspondiente, así como concluir las labores en la hora asignada para tal efecto.



18.3.2 Los (as) trabajadores (as) operativos (as) de confianza que se presenten después del tiempo considerado como tolerancia al inicio de su jornada diaria, no podrán exigir que se les permita ingresar a desarrollar sus labores, toda vez que es facultad de Liconsa, S.A. de C.V. otorgar esta prerrogativa a través de la/el Subdirector (a) o Director (a) de área en Oficinas Centrales, y la/el gerente o subgerente en los Centros de Trabajo, mediante la requisición correspondiente, FRI-2 "Requisición y Movimiento de Personal", la cual deberá ser entregada a más tardar el día hábil siguiente al evento al Departamento de Recursos Humanos en Oficinas Centrales y/o Departamento de Relaciones Industriales en los Centros de Trabajo.

18.3.3 Para el caso de que algún trabajador (a), se haya presentado a laborar después del tiempo considerado como tolerancia y haya omitido en recabar la requisición FRI-2 "Requisición y Movimiento de Personal" para que se le permita laborar y/o no la hubiere presentado ante el Departamento de Recursos Humanos en Oficinas Centrales y/o Departamento de Relaciones Industriales en los Centros de Trabajo, se le sancionará descontándole la mitad del salario diario de la fecha en que haya ocurrido la respectiva incidencia.

18.3.4 La/El trabajador (a) operativo (a) de confianza que haya registrado su asistencia al inicio de sus labores, habiendo desempeñado las mismas en toda su jornada correspondiente, sin haber registrado la salida de su jornada diaria, deberá entregar a más tardar el día hábil siguiente al evento, la requisición FRI-2 "Requisición y Movimiento de Personal" correspondiente al departamento de recursos humanos en Oficinas Centrales y/o al Departamento de Relaciones Industriales en los centros de trabajo. En el caso de no haber presentado la requisición correspondiente a los citados departamentos, se le sancionará con el descuento de la mitad del salario diario de la fecha en que haya sucedido la referida incidencia.

19. Seguro de Vida y Gastos Médicos Mayores

- a) El personal contratado por tiempo indeterminado tendrá derecho a un seguro de vida por muerte natural o accidental, por el monto equivalente a cuarenta meses de sueldo bruto mensual. Tratándose de servidores públicos o servidoras públicas superiores y mandos medios, se considerará la percepción bruta mensual, (sueldo base y compensación).

El personal contratado por tiempo indeterminado, tendrá derecho al otorgamiento de un seguro de gastos médicos mayores contratado con la compañía que determine Liconsa, S.A. de C.V..

20. Seguro de Separación Individualizado

Los lineamientos específicos del Seguro de Separación Individualizado tiene su fundamento en la "Norma que Regula el Seguro de Separación Individualizado en la Administración Pública Federal", así como en el "Manual de Percepciones de los Servidores Públicos de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal".

21. Registro de Plantilla de Personal

Previo análisis de la Plantilla de Personal Ocupada, y de su impacto presupuestal se enviará anualmente a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, para su trámite de registro, la Plantilla de Liconsa, S.A. de C.V. clasificándola por Nivel Salarial, Tipo de Personal y Centro Trabajo.

Asimismo, se anexará el formato denominado Formato Único de Movimientos Presupuestarios (FUM) con la memoria de cálculo correspondiente.

22. Designación de Encargo en el Puesto

Tomando en cuenta que el Consejo de Administración sesiona trimestralmente, en el caso de que algún servidor público con cargo con dos jerarquías inferiores al Director (a) General, ingrese o sea promovido durante éste periodo, el Director o Directora General de Liconsa, S.A. de C.V., tendrá la facultad de nombrar a un servidor público o como ENCARGADO (A) DEL PUESTO.

Posterior a la designación realizada por el Director (a) General de Liconsa, S.A. de C.V., en forma inmediata (máximo 3 días hábiles), el Departamento de Recursos Humanos en Oficina Central, deberá ingresar a la carpeta del Consejo de Administración toda la documentación pertinente, en espera de que ese Órgano Colegiado sesione y lo ratifique en el puesto.

Sí el Servidor Público ENCARGADO (A) DEL PUESTO, se encuentra en nómina al momento del encargo, éste continuará recibiendo el sueldo que percibía antes del encargo. El servidor público o servidora pública recibe un pago retroactivo de hasta 45 días, en el momento en que el Consejo de Administración lo ratifica en el puesto.

Sí el servidor público es de nuevo ingreso al momento del ENCARGO (A) DEL PUESTO, éste recibirá la percepción que tiene asignado el nivel del encargo, de conformidad a lo establecido en el "Manual de Percepciones de los Servidores Públicos de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal".

23. Designación de Encargo por Modificación a la Estructura

Derivado de un mandato realizado por el Ejecutivo Federal relativo a la Reducción del Gasto Público, el cual ocasione la Cancelación de un puesto de Mando en la estructura organizacional de Liconsa, S.A. de C.V. la/el Director (a) General de Liconsa, S.A. de C.V. tendrá la facultad de nombrar un puesto de Encargado (a), o bien la función recaerá en la/el Titular de la "Subgerencia de Padrón de Beneficiarios" en los Programas de Abasto Social y en la/el Titular de la "Subgerencia de Producción y Mantenimiento" en las Plantas Industriales.

Con base en la Estructura Organizacional de Liconsa, S.A. de C.V., el Director (a) General tendrá la facultad, de asignar un nivel salarial de un puesto de Mando Medio de otro Centro de Trabajo, al "Encargado (a) del Puesto" del Centro de Trabajo" que carece del puesto de Gerente. En el caso de no poder asignarle un nuevo nivel salarial, el "Encargado (a) del Puesto" recibirá las mismas percepciones que recibía antes del encargo.

La nómina de la plaza asignada se emitirá y contabilizará en el Centro de Trabajo titular de la misma, y vía transferencia electrónica se realizará el depósito en la cuenta del "Encargado (a) del Puesto", persona ocupante de la plaza.

24. Designación por Ausencias Temporales para Gerentes

Con las facultades que la Ley Federal de Entidades Paraestatales otorga al Director(a) General de Liconsa, S.A. de C.V. y en relación al artículo 59, fracción V de dicha Ley la cual establece: "Son facultades del Director General el tomar las medidas pertinentes a fin de que las funciones de la Entidad se realicen de manera articulada, congruente y eficaz", en base a lo que antecede cuando en algún Centro de Trabajo, la plaza de Gerente, se encuentre vacante, el Director(a) General de Liconsa, S.A. de C.V., podrá designar como encargado(a) del Despacho de manera temporal a un(a) servidor(a) público(a), dicho nombramiento no será incluido en la carpeta del H. Consejo de Administración de Liconsa, S.A. de C.V. para su ratificación.



Designación por Ausencias Temporales para Puestos de Mandos Medios

Cuando el/la Titular se ausente temporalmente de su área de trabajo por razón de vacaciones, incapacidad, comisión o alguna causa justificada, tanto en Oficinas Centrales (Director(a), Subdirector(a), Jefe(a) de Departamento) como en Centros de Trabajo (Gerente(a), Subgerente(a), Jefe(a) de Departamento) designará por escrito para el despacho de los asuntos de su competencia, al servidor(a) público(a) jerárquicamente inmediato(a) inferior en el área de su responsabilidad, sin desatender las inherentes a su cargo. En el caso de Jefe(a) de Departamento, el Director(a), Subdirector(a), Gerente(a) o Subgerente(a), podrá nombrar al Servidor(a) Público(a) que determine.

25. Descripción del Perfil de Puesto

En el caso de un nuevo ingreso de personal de nivel superior o mando medio, el responsable de la Dirección contratante en Oficina Central o la Subgerencia de Administración y Finanzas en los Centros de Trabajo será el área encargada de solicitar a la Subdirección de Recursos Humanos el formato correspondiente a la "Descripción y Perfil del Puesto" a más tardar 10 días posteriores al ingreso del Servidor Público, mismo que deberá de ser requisitados y devuelto a la citada Subdirección 10 días posteriores a la fecha de recepción del formato "Descripción y Perfil del Puesto".



RELACIÓN DE ANEXOS

NÚM.	NOMBRE DEL DOCUMENTO	CLAVE
1	Requisición y Movimiento de Personal	FRI-1
2	Requisición y Movimiento de Personal	FRI-2
3	Autorización de Entrada y/o Salida de Personal	FRI-24
4	Oficio de Comisión	FGA-14
5	Solicitud de Autorización para Trabajar tiempo Extra	FRGR-TE-01
6	Reporte Semanal de Tiempo Extra	FGRR-RE-01



ANEXO 1

“REQUISICIÓN Y MOVIMIENTO DE PERSONAL”

REQUISICION Y MOVIMIENTO DE PERSONAL				FECHA		
				DIA	MES	AÑO
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)		NÚM. DE NOMINA
AREA	SUBDIRECCION	DEPARTAMENTO	CENTRO DE COSTO			
NOMBRE DEL PUESTO		CUROP	C.C.C.	NÚM. DE AFILIACIONAL IMSS		
MOVIMIENTOS						
ALTA	<input type="text"/>	MOD. DE SUELDO	<input type="text"/>	CAMBIO DE PUESTO	<input type="text"/>	
BAJA	<input type="text"/>	TRANSF. DE CENTRO DE COSTO	<input type="text"/>	TRANSF. DE CENTRO DE TRABAJO	<input type="text"/>	
SUSTITUIVA A						RESERVACIONES
ANTERIOR			NUEVO			
SUELDO:			SUELDO:			
AREA			AREA			
DEPARTAMENTO			DEPARTAMENTO			
PUESTO O CATEGORIA			PUESTO O CATEGORIA			
SUSTITUIVA A		APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)		EFFECTIVO A PARTIR DE
EN PLAZA DE:						
AUTORIZACION DEL DIRECTOR DE ADMINISTRACION					FECHA DE RECEPCION	
SUBDIRECCION SOLICITANTE					DIRECTOR O TITULAR DEL AREA	
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS		SUBDIRECCION DE RECURSOS HUMANOS				
FRI-1						

M

1.

2.

3.



ANEXO 2

“REQUISICIÓN Y MOVIMIENTO DE PERSONAL”



REQUISICIÓN Y MOVIMIENTO
DE PERSONAL

FECHA		
DÍA	MES	AÑO

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)	No. DE NOMINA

ÁREA O PLANTA	SUBDIRECCIÓN O SUBGERENCIA	DEPARTAMENTO	CENTRO DE COSTO

NOMBRE DEL PUESTO O CATEGORÍA	REG. FED. DE CAUS	No. DE AFILIACIÓN I.M.S.S.

MOVIMIENTOS		
<input type="radio"/> VACACIONES	<input type="radio"/> FALTA INJUSTIFICADA	<input type="radio"/> PERMISO
<input type="radio"/> SUSPENSIÓN	<input type="radio"/> COMISIÓN	<input type="radio"/> OTRO

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN DE LA SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

EFFECTIVO A PARTIR DE

FRI-2

DIRECTOR, TITULAR O SUBDIRECTOR DEL ÁREA	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	FIRMA DEL EMPLEADO

[Handwritten signatures and marks]



ANEXO 3

"AUTORIZACIÓN DE ENTRADA Y/O SALIDA DE PERSONAL"



**AUTORIZACION DE ENTRADA
Y/O SALIDA DE PERSONAL**

LICONSA
ÁREA ESPECIAL DE LICONS

No. _____

Fecha _____

NOMBRE: _____

No. NOMINA _____ DIA AUTORIZADO _____

ADSCRIPCION: _____ C.C. _____

AUTORIZACION DE ENTRADA DESPUES DEL HORARIO ESTABLECIDO
MOTIVO: OFICIAL PERSONAL RETARDO
HORA DE ENTRADA _____

AUTORIZACION DE SALIDA
MOTIVO: OFICIAL PERSONAL
REGRESA: SI NO
HORA DE SALIDA _____ HORA DE ENTRADA _____

AUTORIZACION DE ENTRADA EN DIAS INHABILES
HORA DE ENTRADA _____ HORA DE SALIDA _____

FRI-24

A U T O R I Z A

DIRECTOR, TITULAR O SUBDIRECTOR DE ÁREA



ANEXO 4
"OFICIO DE COMISIÓN"

OFICIO DE COMISION

A: _____ FECHA _____
DIA MES AÑO

NOMBRE DEL COMISIONADO: _____ No. DE NOMINA _____ CENTRO DE COSTO _____

ADSCRIPCION: _____
DIRECCION DE AREA O CENTRO DE TRABAJO _____ SUBDIRECCION _____ DEPARTAMENTO _____

PUESTO: _____ RANGO PARA ASIGNACION DE VIATICOS I II III

OBJETIVO DE LA COMISION _____

LUGAR(ES) A VISITAR	DURACION No. DIAS	VIATICOS AUTORIZADOS POR DIA	IMPORTE VIATICOS

MEDIO DE TRANSPORTE AUTORIZADO A UTILIZAR: _____ SUMA \$ _____

AVION AUTOBUS FERROCARRIL AUTOMOVIL PROPIO AUTOMOVIL RENTADO

JUSTIFICACION PARA ARRENDAMIENTO DE AUTOMOVIL _____

SOLICITANTE	AUTORIZO
FIRMA _____	NOMBRE _____
FIRMA _____	FIRMA _____
PUESTO _____	PUESTO <u>DIRECTOR O TITULAR DEL AREA</u>
	FECHA _____ DIA MES AÑO

FGA-14



ANEXO 5

“SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA TRABAJAR TIEMPO EXTRA”

		SOLICITUD DE AUTORIZACION PARA TRABAJAR TIEMPO EXTRA		CONFIANZA	<input type="checkbox"/>
LICONSA		CENTRO DE TRABAJO A:	_____ DE _____ DEL _____	SINDICALIZADO	<input type="checkbox"/>
<small>ARABUO SECRETARÍA DE SALUD</small>					
NOMBRE:	_____	No. NOMINA:	_____		
PUESTO O CATEGORIA:	_____	AREA:	_____		
DEPARTAMENTO:	_____	SECCION:	_____		
POR EL PRESENTE AUTORIZO A USTED A TRABAJAR _____ HORAS.					
EL DIA _____ DEL MES DE _____ DEL _____					
MOTIVO					
_____ _____					
ACEPTO		REVISO		AUTORIZO	
_____ NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR		_____ NOMBRE Y FIRMA		_____ NOMBRE Y FIRMA	

[Handwritten signatures and marks on the right side of the page]



VIII.PROCEDIMIENTOS

VIII.1 CONTRATACIÓN DE PERSONAL SINDICALIZADO
CLAVE: VST-DA-PR-006-02

OBJETIVO

- Supervisar que las contrataciones del personal sindicalizado cubran el perfil del puesto que se requiere para cubrir la plaza vacante por "Obra o Tiempo Determinado o Indeterminado".



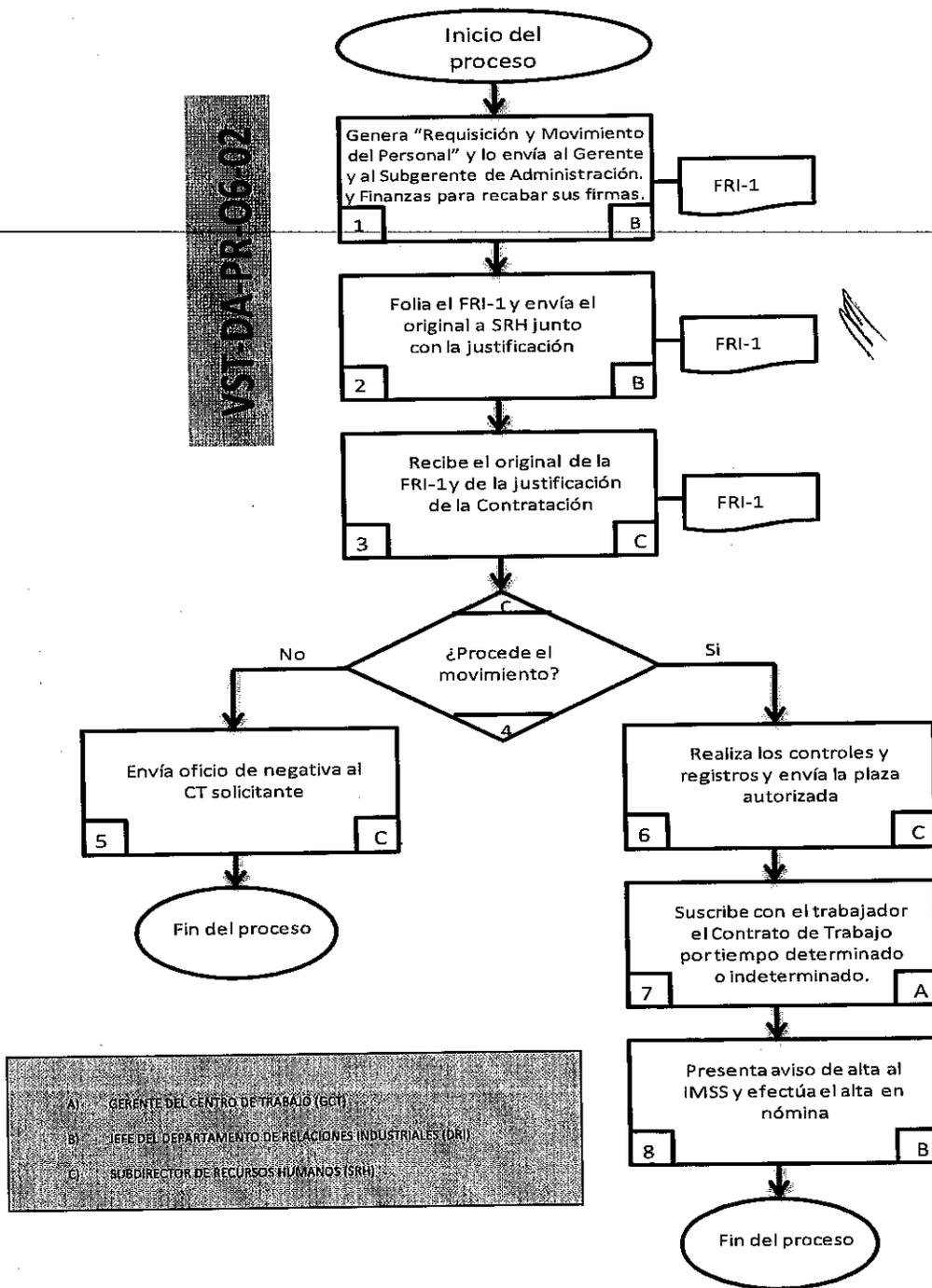
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

PASO NÚM.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	NOMBRE Y CLAVE DEL DOCUMENTO DE TRABAJO
1	Jefe (a) del Departamento de Relaciones Industriales	Genera forma FRI-1 "Requisición y Movimientos de Personal" en original y copia debidamente requisitada, justificando en ella el motivo de la contratación y el perfil del puesto que se requiere contratar para cubrir vacante y recaba las firmas del (a) Gerente y Subgerente de Administración del Centro de Trabajo para su tramitación.	FRI-1
2	Jefe (a) del Departamento de Relaciones Industriales	Folia el original y copia de la forma FRI-1, para devolverle copia al titular del área solicitante; y envía originales del formato y la Justificación de la Contratación a la Subdirección de Recursos Humanos.	FRI-1
3	Subdirector (a) de Recursos Humanos	Recibe original de la forma FRI-1 y el original de la Justificación de la Contratación.	FRI-1
4	Subdirector (a) de Recursos Humanos	Se pregunta si procede el movimiento. Si: Ir al paso No. 6. No: Ir al paso No. 5.	
5	Subdirector (a) de Recursos Humanos	Envía oficio de negativa al Centro de Trabajo solicitante. FIN DEL PROCEDIMIENTO	
6	Subdirector (a) de Recursos Humanos	Realiza los controles y registros, así como oficio de respuesta y envía plaza autorizada para su aplicación en nómina.	
7	Gerente del Centro de Trabajo	Suscribe con el trabajador o trabajadora el Contrato de Trabajo Individual por tiempo determinado o indeterminado.	
8	Jefe (a) del Departamento de Relaciones Industriales	Presenta aviso de alta ante el IMSS en un término de cinco días hábiles a partir de la fecha de contratación, efectúa el alta en nóminas e integra y actualiza el expediente del trabajador o trabajadora.	
FIN DEL PROCEDIMIENTO			

[Handwritten signature and scribbles]



DIAGRAMA DE FLUJO



3



RELACIÓN DE ANEXOS

NÚM.	NOMBRE DEL DOCUMENTO	CLAVE
1	Requisición y Movimientos de Personal	FRI-1

M

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



**VIII.2 VACACIONES DEL PERSONAL
VST-DA-PR-006-03**

OBJETIVOS

- Verificar que los trabajadores o trabajadoras de confianza en Oficina Central y Centros de Trabajo, disfruten de su periodo vacacional, de acuerdo a la normatividad establecida.
- Supervisar que el personal sindicalizado que tiene derecho a vacaciones de acuerdo a lo estipulado en el Contrato Colectivo de Trabajo, disfrute de los días que le corresponden.



POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Vacaciones del personal de Oficina Central y Centros de Trabajo.

- a) Los Trabajadores o Trabajadoras de Confianza en Oficina Central y Centros de Trabajo, tendrán derecho a disfrutar dentro de los seis meses siguientes de haber cumplido cada año de servicio, de un periodo de 20 veinte días hábiles de vacaciones anualmente, independientemente de los días de descanso obligatorios y los días festivos autorizados por la Dirección de Administración.
- b) ~~El Personal Sindicalizado, a partir del primer año de servicios, tendrá derecho a disfrutar el periodo de vacaciones que contemple el Contrato Colectivo de Trabajo.~~
- c) El Personal de Confianza de Oficina Central y Centros de Trabajo, por cada año de antigüedad, podrá disfrutar sus vacaciones conforme lo acuerde con la/el Jefe (a) Inmediato (a) Superior atendiendo a las necesidades de trabajo.
- d) A partir del noveno año de servicios, el trabajador o trabajadora de confianza de Oficina Central y Centros de Trabajo disfrutará de 22 días hábiles de vacaciones y por cada cinco años más dos días adicionales.
- e) El Personal de Confianza de Oficina Central y Centros de Trabajo, tendrán derecho al pago de una prima vacacional, misma que se otorgará independientemente al disfrute de vacaciones, el 50% (cincuenta por ciento) en la segunda quincena del mes de junio y el restante 50% (cincuenta por ciento), en la primera quincena del mes de diciembre de cada año a través de nómina.
- f) Las vacaciones deberán ser solicitadas a través del formato FRI-2, "Requisición y Movimiento de Personal" antes del inicio de su disfrute.
- g) El Personal Sindicalizado tendrá derecho al pago de la prima vacacional por el porcentaje que se establezca en su respectivo Contrato Colectivo de Trabajo.
- h) Las vacaciones y el derecho a la prima vacacional de todo el personal no podrán compensarse con una remuneración, a menos que la relación de trabajo se dé por terminada.
- i) Cuando las áreas de recursos humanos tengan concluida la nómina respectiva, no se podrán cancelar las vacaciones del trabajador.
- j) El personal de Oficina Central y centros de trabajo que no haya cumplido el primer año de servicios, pero que tenga una antigüedad mínima de seis meses en Liconsa, S.A. de C.V., podrá tomar días a cuenta de vacaciones, proporcionalmente a su antigüedad, previa autorización del director o directora de área, titular de unidad o subdirector o subdirectora de área correspondiente en Oficina Central y gerente o subgerente o subdirectora correspondiente en centros de trabajo, para lo cual deberá llenarse la forma, FRI-2 "Requisición y Movimientos de Personal".
- k) A partir de los seis meses posteriores de que el trabajador o trabajadora tenga derecho a sus vacaciones anuales, éste contará con un año más para disfrutarlas. Los periodos vacacionales no serán acumulables y prescribirán de acuerdo a lo establecido en la prima vacacional correspondiente y el artículo 516 de la Ley Federal del Trabajo.
- l) Es responsabilidad del jefe directo del trabajador o trabajadora notificar al área de Relaciones industriales en centros de trabajo o de Recursos Humanos en Oficina Central, por medio de la forma FRI-2, "Requisición y Movimientos de Personal", cualquier cambio en la fecha autorizada de vacaciones.



- m) El jefe o jefa de departamento o el responsable del área, deberá acordar con el personal a su cargo, las fechas en que disfrutarán sus vacaciones.
- n) Es responsabilidad del Jefe o Jefa del Departamento de Recursos Humanos o del Jefe o Jefa del Departamento de Relaciones Industriales, incluir en la nómina posterior a la fecha del inicio de las vacaciones del trabajador o trabajadora, el concepto de vacaciones, sin incluir el pago de la prima vacacional correspondiente.



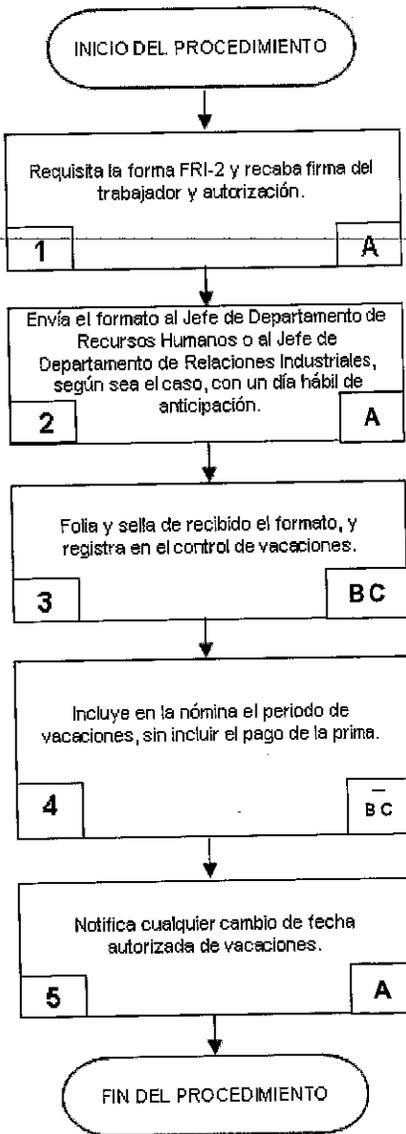
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

PASO NÚM.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	NOMBRE Y CLAVE DEL DOCUMENTO DE TRABAJO
1	Responsable del Área involucrada	Requisita la forma FRI-2 "Requisición y movimiento de personal", en observaciones anota el periodo vacacional correspondiente y recaba firma del trabajador o trabajadora y autorización de la/el director (a) o subdirector (a) del área en Oficina Central y de la/el gerente o subgerente en el Centro de Trabajo.	FRI-2
2	Responsable del Área involucrada	Envía el formato al Departamento de Recursos Humanos o al Departamento de Relaciones Industriales, según sea el caso, con un día hábil de anticipación a la fecha en que el trabajador disfrutará sus vacaciones.	FRI-2
3	Jefe o Jefa del Departamento de Recursos Humanos y/o Jefe o Jefa del Departamento de Relaciones Industriales	Folia y sella de recibido el formato, quedándose con el original y devuelve copia; y registra en el control de vacaciones el periodo correspondiente por empleado.	FRI-2
4	Jefe o Jefa del Departamento de Recursos Humanos y/o Jefe o Jefa del Departamento de Relaciones Industriales	Incluye en la nómina el periodo de vacaciones del trabajador o trabajadora, sin incluir el pago de la prima vacacional correspondiente.	
5	Responsable del Área involucrada	Notifica al Departamento de Recursos Humanos o al Departamento de Relaciones Industriales, según sea el caso, por medio de la forma FRI-2, cualquier cambio de fecha autorizada de vacaciones.	FRI-2
FIN DEL PROCEDIMIENTO			



DIAGRAMA DE FLUJO

VST-DA-PR-006-03



A. RESPONSABLE DEL ÁREA INVOLUCRADA
B. JEFE DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS
C. JEFE DEL DEPARTAMENTO DE RELACIONES INDUSTRIALES



RELACIÓN DE ANEXOS

NÚM.	NOMBRE DEL DOCUMENTO	CLAVE
1	Requisición y Movimiento de Personal	FRI-2

M

1.

3



**VIII.3 LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDADES PARA EL PERSONAL DE OFICINA CENTRAL Y
CENTROS DE TRABAJO
CLAVE: VST-DA-PR-006-04**

OBJETIVO

- Comprobar que el personal que causó baja no cuenta con adeudos, de lo contrario proceder a realizar los descuentos correspondientes en el finiquito, y estar en posibilidad de elaborar la liberación de responsabilidades.



POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Liberación de Responsabilidades para el Personal de Oficina Central y Centros de Trabajo.

a) Las/Los funcionarios (as) facultados (as) para liberar al personal de su adscripción directa serán:

- En Oficina Central.- Director (a) General, Directores (as), Titulares de unidad, Subdirectores (as) Jefes (as) de Departamento.
- En Centros de Trabajo.- Gerentes, Subgerentes y Jefes (as) de Departamento.

- b) En toda baja de personal y/ o suspensiones o por transferencia a otro centro de trabajo de Liconsa, S.A. de C.V., deberá de obtenerse invariablemente requisitada la forma FRI-8 "Liberación de Responsabilidades".
- c) Es responsabilidad del titular del Departamento de Recursos Humanos en Oficina Central y/o Departamento de Relaciones Industriales del Centro de Trabajo, obtener en un plazo no mayor a dos días hábiles, la información de adeudos del empleado utilizando la forma FRI-8 "Liberación de Responsabilidades".
- d) Es responsabilidad de los titulares o encargados de las áreas involucradas entregar en un plazo no mayor a dos días hábiles, la forma FRI-8 "Liberación de Responsabilidades" para los efectos de obtención de adeudos del empleado que cause baja.
- e) En bajas definitivas del empleado, el Departamento de Recursos Humanos en Oficina Central y/o Departamento de Relaciones Industriales del Centro de Trabajo, no efectuará ningún trámite para el pago del finiquito, si no cuenta previamente con la forma FRI-8 "Liberación de Responsabilidades" debidamente requisada.
- f) Todos los adeudos del personal que cause baja definitiva, deberán aplicarse y descontarse en el cálculo de finiquito del empleado.
- g) Es responsabilidad del Departamento de Relaciones Industriales respectivo o del Departamento de Recursos Humanos, frente a sus trabajadores o trabajadoras verificar los adeudos reportados en la forma FRI-8 "Liberación de Responsabilidades a fin de hacer los descuentos correspondientes en el finiquito.



DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

PASO NÚM.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	NOMBRE Y CLAVE DEL DOCUMENTO DE TRABAJO
	Jefe (a) del Departamento de Relaciones Industriales y/o Jefe (a) del Departamento de Recursos Humanos	Recibe del Titular del área involucrada el original y copia de la forma FRI-1 "Requisición y Movimiento de Personal", relativa a la baja del empleado o empleada (definitiva o parcial por transferencia).	FRI-1
1	Jefe (a) del Departamento de Relaciones Industriales y/o Jefe (a) del Departamento de Recursos Humanos	Recibe la documentación referida, elabora la forma FRI-8 "Liberación de Responsabilidades" y la envía al titular del área de adscripción del empleado o empleada.	FRI-8
2	Director (a) de Área o Gerente del Centro de Trabajo	Llena la forma FRI-8 en cuanto a los conceptos que le corresponden y anota su nombre y la firma en el apartado respectivo; remite el original y copia de dicha forma al responsable de Activo Fijo y notifica al área de Recursos Humanos de dicha remisión.	FRI-8
3	Jefe (a) del Departamento de Activo Fijo y Archivo Documental	Determina sobre los conceptos que le corresponden en la forma FRI-8 y anota el nombre y firma del titular del área y remite el original y copia de esta forma al titular del área de Contabilidad, notificando al área de Recursos Humanos de dicha remisión.	FRI-8
4	Jefe (a) del Departamento de Contabilidad Financiera	Determina sobre los conceptos que le corresponden en la forma FRI-8 y anota su nombre y firma.	FRI-8
5	Jefe (a) del Departamento de Contabilidad Financiera	Se pregunta si aportaba en la Caja de Ahorros. Sí: Ir al paso No. 8 No: Ir al paso No. 7	
6	Jefe (a) del Departamento de Contabilidad Financiera	Envía la citada documentación al Área de Recursos Humanos. Continúa en el paso No. 13	
7			

M

10

3

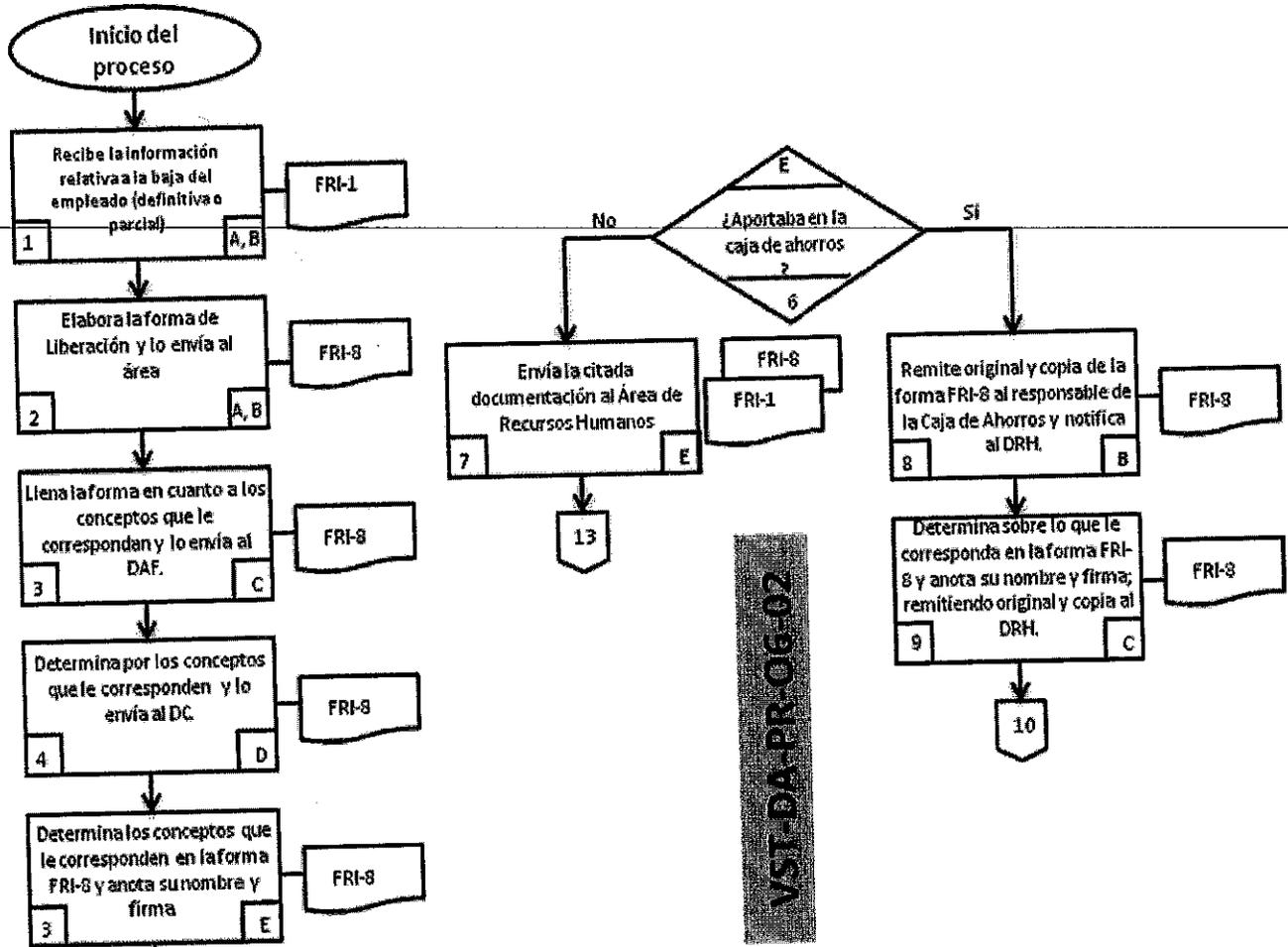


8	Jefe (a) del Departamento de Contabilidad Financiera	Remite original y copia de la forma FRI-8 al responsable de la Caja de Ahorros y notifica al área de Recursos Humanos.	FRI-8
9	Responsable de la Caja de Ahorros	Determina sobre lo que le corresponda en la forma FRI-8 y anota su nombre y firma; remitiendo original y copia de la forma al área de Recursos Humanos.	FRI-8
10	Responsable de la Caja de Ahorros	Se pregunta si es baja definitiva. Sí: Ir al paso No. 13 No: Ir al paso No. 11	
11	Jefe (a) Departamento de Relaciones Industriales y/o Jefe (a) Departamento de Recursos Humanos	Remite fotocopias de las formas FRI-1 y FRI-8 al titular del área de Contabilidad, para que se efectúe el traspaso de los adeudos del área homóloga de Centro de Trabajo receptor, mediante la forma GF-07, cuando aparezcan adeudos del empleado objeto de transferencia interna.	FRI-1 FRI-8
12	Jefe (a) del Departamento de Recursos Humanos	Detalla los adeudos del Personal objeto de Transferencia Interna en la forma FRI-8, asimismo, en la carta de transferencia interna y archiva el original de dicha forma en la copia del expediente del empleado a transferirse.	FRI-8
13	Jefe (a) Departamento de Relaciones Industriales y/o Jefe (a) Departamento de Recursos Humanos	Aplica y descuenta los adeudos que obren en la forma FRI-8 y en el propio cálculo de Finiquito (original y copia) ante la Subdirección de Tesorería General y tramita el pago de finiquito; una vez realizado el trámite, archiva el original y copia de la forma FRI-8 en el expediente del trabajador o trabajadora o en la copia de este expediente en caso de baja definitiva por transferencia externa.	Liberación de Responsabilidades FRI-8
FIN DEL PROCEDIMIENTO			

[Handwritten signatures and marks]



DIAGRAMA DE FLUJO



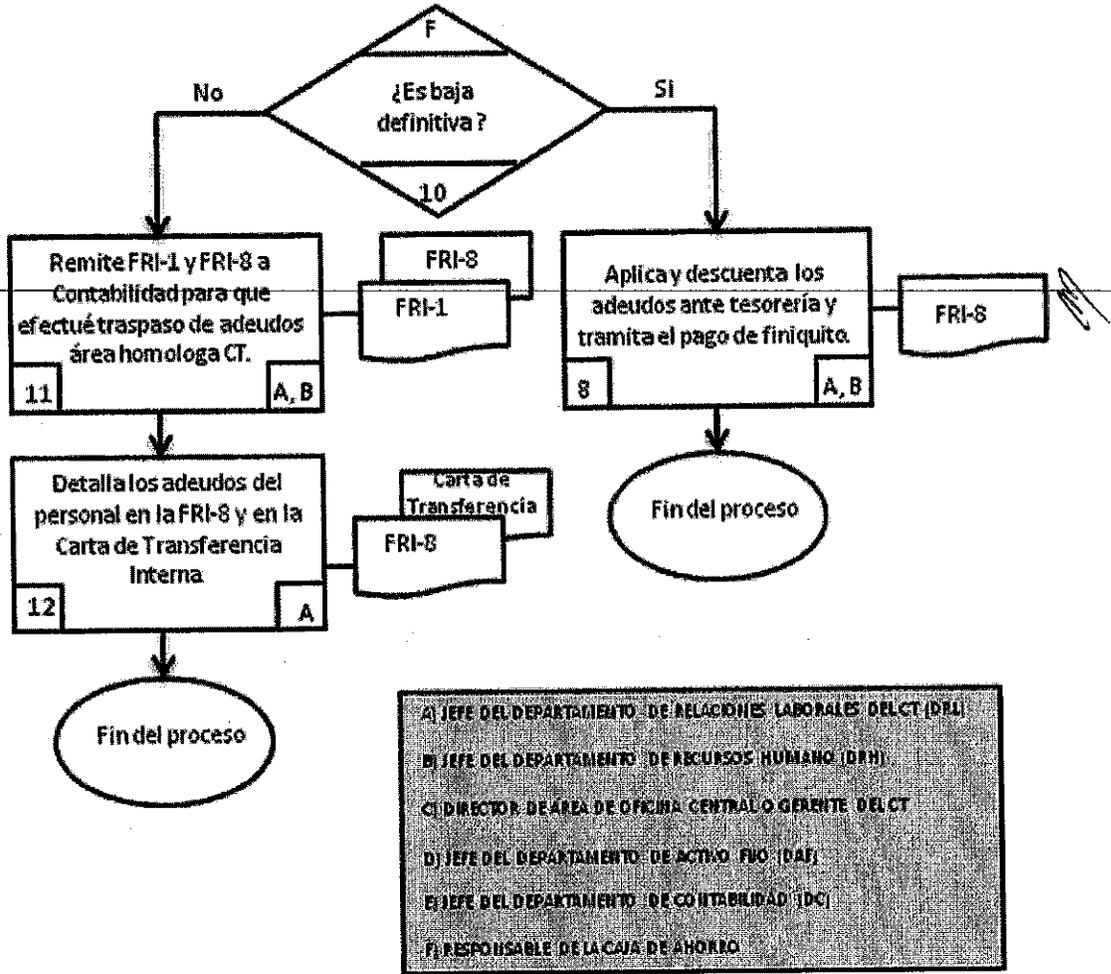
VST-DA-PR-06-02

- A) JEFE DEL DEPARTAMENTO DE RELACIONES LABORALES DEL CT (DL)
- B) JEFE DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS (DRH)
- C) DIRECTOR DE AREA DE OFICINA CENTRAL/G GERENTE DEL CT
- D) JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ACTIVO FNO (DAF)
- E) JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD (DC)
- F) RESPONSABLE DE LA CAJA DE AHORRO

[Handwritten signature and scribbles]



VST-DA-PR-06-02



- A) JEFE DEL DEPARTAMENTO DE RELACIONES LABORALES DEL CT (DRL)
- B) JEFE DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS (DRH)
- C) DIRECTOR DE AREA DE OFICINA CENTRAL O GERENTE DEL CT
- D) JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ACTIVO FIJO (DAF)
- E) JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD (DC)
- F) RESPONSABLE DE LA CAJA DE AHORRO

[Handwritten signature and initials]



RELACIÓN DE ANEXOS

NÚM.	NOMBRE DEL DOCUMENTO	CLAVE
1	Requisición y Movimientos de Personal	FRI-1
2	Liberación de Responsabilidades	FRI-8

Handwritten mark

Handwritten signature and number 3



ANEXO 2
"LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDADES"

LIBERACION DE RESPONSABILIDADES	
FRL-R	
DATOS DEL EMPLEADO	
NOMBRE: ①	No. NOMINA ⑤
R.F.C. ②	FECHA DE INGRESO: ⑥
CENTRO DE TRABAJO ③	FECHA DE BAJA: ⑦
AREA DE ADSCRIPCION ④	PUESTO ⑧
<p style="font-size: x-small;">INSTRUCCIONES: EL RECEPTOR DE ESTA LIBERACIÓN, DEBERÁ PROPORCIONAR A LA BREVEDAD LA INFORMACIÓN SOBRE LOS CONCEPTOS QUE LE CORRESPONDAN, UNA VEZ REQUISITADO, DEBERÁ TURNARLO DE INMEDIATO AL ÁREA SUBSECUENTE EN EL ORDEN DE LA NUMERACIÓN.</p>	

1	AREA DE ADSCRIPCION ⑨ TRABAJO PENDIENTE MATERIAL DE TRABAJO MANUALES Y LIBROS LLAVES OTROS	ENTREGO SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ADEUDO ⑩ \$ _____	NOMBRE, FIRMA Y FECHA ⑪
2	AREA CONTROL DE ACTIVO FIJO Y ARCHIVO ⑫ MOBILIARIO Y EQUIPO ARTICULOS DE ESCRITORIO EQUIPO DE TRANSPORTE ARCHIVO DE CONCENTRACION (ADELDO) OTROS OBSERVACIONES	ENTREGO SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ADEUDO ⑩ \$ _____	NOMBRE, FIRMA Y FECHA ⑬
3	AREA DE INFORMATICA ⑭ SERVICIO DE RED SERVICIO DE CORREO ELECTRONICO ACCESO A SISTEMAS TRANSFERENCIA DE INFORMACION SOLICITADA A OTRA CUENTA (ANOTAR CUENTA DESTINO) OTROS: _____ OBSERVACIONES: _____	ENTREGO SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ADEUDO ⑩ \$ _____	NOMBRE, FIRMA Y FECHA ⑬
4	AREA DE PRESTACIONES - VALES ⑮ VALES DE DESPESA _____ VALES DE ALIMENTOS _____ VALES DE DOBLES (FIN DE AÑO) _____ AREA DE PRESTACIONES - ECONOMICAS Y SOCIOCULTURALES PRESTACION DEPORTIVA \$ _____ (_____) DE _____ \$ _____ (_____) DE _____ \$ _____ (_____)			NOMBRE, FIRMA Y FECHA ⑬
5	AREA DE RECURSOS HUMANOS ⑯ SEGURO SOCIAL \$ _____ CREDITO INFONAVIT \$ _____ NOMINAS \$ _____			NOMBRE, FIRMA Y FECHA ⑬



LIBERACION DE RESPONSABILIDADES	
FRI-3	
DATOS DEL EMPLEADO	
NOMBRE: ①	No. NOMINA ⑥
R.F.C. ②	FECHA DE INGRESO: ⑤
CENTRO DE TRABAJO ③	FECHA DE BAJA: ⑦
AREA DE ADSCRIPCION ④	PUESTO ⑧
<p style="font-size: x-small;">INSTRUCCIONES: EL RECEPTOR DE ESTA LIBERACION, DEBERÁ PROPORCIONAR A LA BREVEDAD LA INFORMACION SOBRE LOS CONCEPTOS QUE LE CORRESPONDAN, UNA VEZ REQUISITADO, DEBERÁ TURNARLO DE INMEDIATO AL AREA SUBSECUENTE EN EL ORDEN DE LA NUMERACION.</p>	

6	AREA DE ADMINISTRACION DE RIESGOS ⑰ SEGUROS _____ G.M.M. _____ AUTOS _____ FIANZAS _____	⑬
		NOMBRE, FIRMA Y FECHA
7	AREA SERVICIOS GENERALES ⑱ LLAMADAS DE LARGA DISTANCIA _____ TARJETON _____ PARQUE VEHICULAR _____ ADEUDO ⑩ \$ _____	⑬
		NOMBRE, FIRMA Y FECHA
8	AREA DE CONTABILIDAD ⑲ SI NO TENE ADEUDO CON LA EMPRESA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> GASTOS POR COMPROBAR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> FONDO FIJO _____ OTROS _____ OBSERVACIONES _____ ADEUDO TOTAL ⑩ \$ _____	⑬
		NOMBRE, FIRMA Y FECHA
9	FONDO DE AHORRO ⑳ ADEUDA _____ IMPORTE _____ FONDO A PAGAR APORTACION EMPLEADO / EMPRESA ㉑ \$ _____	⑬
		NOMBRE, FIRMA Y FECHA
10	DEPARTAMENTO DE CUENTAS POR PAGAR ㉒ LIBERACION DE TARJETA DE SERVICIO EMPRESARIAL ADEUDO ⑩ \$ _____	⑬
		NOMBRE, FIRMA Y FECHA
11	CAJA DE AHORRO ㉓ ADEUDA SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ADEUDO ⑩ \$ _____	⑬
		NOMBRE, FIRMA Y FECHA



INSTRUCTIVO DE LLENADO "LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDADES"

No.	EN	SE ANOTARÁ
1	NOMBRE	Nombre completo del empleado (a) que causa baja, empezando con sus apellidos
2	R.F.C.	Registro federal de causantes del empleado en cuestión
3	CENTRO DE TRABAJO	Centro de Trabajo en el cual laboró el empleado
4	ÁREA DE ADSCRIPCIÓN	Nombre de la dirección en la cual estuvo adscrito el citado trabajador (a)
5	NO. NOMINA	Numero de nómina correspondiente del empleado (a)
6	FECHA DE INGRESO	Fecha de inicio de labores del empleado (a) en cuestión
7	FECHA DE BAJA	Fecha de baja de labores del empleado (a) antes mencionado
8	PUESTO	Nombre del puesto que desempeñó el trabajador (a) antes mencionado
9	ÁREA DE ADSCRIPCIÓN	El Director o Subdirector del área donde laboró el empleado, deberá anotar en los conceptos, si el empleado entregó las descripciones correspondientes.
10	ADEUDO	En el caso de existir adeudo a la empresa este se deberá incluir en la parte del recuadro
11	NOMBRE, FIRMA Y FECHA	Deberá firmar la liberación el Director o Subdirector del área correspondiente.
12	ÁREA CONTROL DE ACTIVO FIJO Y ARCHIVO	Esta área revisará que el empleado no tenga adeudos en cuanto a mobiliario, activos y expedientes de archivo pendientes de entregar a la aduana documental
13	NOMBRE, FIRMA Y FECHA	En este lugar firmará el responsable del área correspondiente.
14	ÁREA DE INFORMÁTICA	Esta área revisará que el empleado allá entregado todo el material que tenía asignado por parte de informática, así como si es necesario hacer algún tipo de respaldo o transferencia de datos.
15	ÁREA DE PRESTACIONES - VALES	Esta área pagará o descontará los vales de alimentos o despensa que le correspondan a la fecha de baja, así como de las prestaciones económicas a las cuales tenga derecho.
16	ÁREA DE RECURSOS HUMANOS	El área de Recursos Humanos hará un ajuste con relación a la fecha de baja de conceptos como INFONAVIT, Seguro Social y Nominas.



17	ÁREA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS	Área encargada de reportar descuento de Gastos Médicos Mayores, de Autos, etc.
18	ÁREA DE SERVICIOS GENERALES	Área encargada de revisar si no se tiene adeudo en llamadas de larga distancia, o por concepto de no haber entregado el tarjetón de estacionamiento y en el caso que tenga auto de la empresa este completo. <i>M</i>
19	AREA DE CONTABILIDAD	Esta área reportara en la Hoja de Liberación los adeudos contables que tiene el empleado por los conceptos de Viáticos no reportados, Seguro de Gastos Médicos, Seguro de Auto, Gastos Diversos etc.
20	FONDO DE AHORRO	El área reportará lo que tiene registrado en contabilidad por concepto de Fondo de Ahorro del personal Operativo de Confianza
21	FONDO A PAGAR APORTACIÓN EMPLEADO/EMPRESA	Recuadro donde se deberá de poner el monto a pagar de Fondo de Ahorro a pagar del empleado que causó baja.
22	DEPARTAMENTO DE CUENTA POR PAGAR:	Revisa que no tenga adeudo en la Tarjeta Empresarial si es que aplicase.
23	CAJA DE AHORRO:	En caso de existir caja de ahorro aquí se reportara el monto a descontar por este concepto al empleado en cuestión

[Handwritten signatures and marks]



**VIII.4 TRANSFERENCIA INTERNA DE PERSONAL
VTS-DA-PR-006-05**

OBJETIVO

- Transferir personal entre las diferentes Direcciones de Área de Oficina Central, o a los Centros de Trabajo o entre estos últimos.

[Handwritten signature and scribbles]



POLÍTICAS DE OPERACIÓN

- a) La/El Director (a) de Administración está facultado (a) para autorizar cualquier transferencia de personal a solicitud de los directores (as) de área, titulares de unidad y gerentes de los centros de trabajo.

Para llevar a cabo transferencias de personal, entre las diferentes direcciones de área de Oficina Central y centros de trabajo o entre estos últimos, es responsabilidad de las áreas: Departamento de Recursos Humanos en Oficina Central y de Relaciones Industriales, en los demás centros de trabajo, lo siguiente:

- b) Notificar a las áreas involucradas o al centro de trabajo, sobre la procedencia de la solicitud de transferencia.
- c) El área emisora, deberá enviar al centro de trabajo receptor, el expediente original completo del empleado transferido, incluyendo la carta de transferencia y liberación de responsabilidades, indicando los adeudos y derechos del trabajador.
- d) El área emisora, presentará en la fecha en que se haga efectivo el movimiento de transferencia del empleado o empleada, la baja de éste ante el IMSS, en los siguientes cinco días hábiles, así como proceder a su baja en la nómina respectiva.
- e) El área receptora, presentará el aviso de alta ante el IMSS, durante los cinco días posteriores a la fecha que surtió efecto el movimiento, así como incluirlo en la nómina.
- f) En caso de que se adeuden días de vacaciones al empleado transferido o empleada transferida, éstas deberán disfrutarse en las fechas acordadas entre éste y el jefe inmediato de su adscripción del Centro de Trabajo receptor.
- g) No se cubrirá finiquito al empleado con motivo de su transferencia interna, ya que éste es un movimiento de cambio de adscripción a otra área o centro de trabajo, más no una baja definitiva en Liconsa, S.A. de C.V.
- h) Es responsabilidad del Departamento de Recursos Humanos y/o de Relaciones Industriales el notificar al trabajador transferido o trabajadora transferida, que las prestaciones que recibirá, serán las que se otorgan en su nuevo centro de trabajo.



DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

PASO NÚM.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	NOMBRE Y CLAVE DEL DOCUMENTO DE TRABAJO
1	Director (a) de área, Titular de unidad y/o Gerente del Centro de Trabajo	Remite por conducto del área de Relaciones Industriales a favor del empleado o empleada correspondiente, el original y copia de la forma "Requisición y Movimientos de Personal" a la Subdirección de Recursos Humanos para la autorización del movimiento de transferencia por parte de su titular.	FRI-1
2	Jefe (a) del Departamento de Relaciones Industriales (Emisor)	Realiza, previo la transferencia del personal, en caso de que aplique, lo siguiente: A. Acumulado de Percepciones y Deducciones del empleado a transferir a la fecha de baja en el Centro de Trabajo emisor. B. Expediente original del empleado a transferir que se indican en los incisos subsecuentes, (excepto el inciso C) para integrarlos a otro expediente en el archivo del área de Relaciones Industriales. C. Adeudos del trabajador o trabajadora a transferirse, anexando el original al expediente principal del trabajador o trabajadora y copia en el del área de Recursos Humanos emisora. D. Elaboración de Carta de Transferencias que indique que se reconoce al trabajador o trabajadora transferible su antigüedad, las prestaciones pendientes a cubrirse y deudas contraídas con Liconsa, S.A. de C.V. E. Informe de aportaciones al SAR y en su caso, copia de Resolución de Pensión Alimenticia, decretada por autoridad competente, para su cumplimiento. F. Aviso de Retención por Crédito de INFONAVIT.	
3	Jefe (a) del Departamento de Relaciones Industriales (Emisor)	Envía en la fecha en que se haga efectivo el movimiento de transferencia, la documentación que se indica en los incisos A, C, D, E y F de la norma que antecede, conjuntamente con el expediente del empleado, ante el área de Recursos Humanos del Centro de Trabajo receptor.	
4	Jefe (a) del Departamento de Relaciones Industriales (Emisor)	Presenta en la fecha en que se haga efectivo el movimiento de transferencia, la baja del empleado transferido o empleada transferida ante el IMSS en los siguientes 5 días hábiles y su baja en la nómina respectiva.	
5	Jefe (a) Departamento de	Lleva a cabo los siguientes movimientos:	





	<p>Industriales (Receptor)</p>	<p>A. Informar al jefe inmediato del trabajador transferido o trabajadora transferida sobre la adscripción de éste a su área y efectuar su presentación. B. Efectuar el alta del trabajador transferido o trabajadora transferida en la nómina respectiva. C. Presentar el alta del trabajador transferido o trabajadora transferida en el IMSS. D. Acumulación de Percepciones y deducciones para la actualización de acumulados del empleado o empleada, a efecto de aplicar correctamente la retención del Impuesto Sobre el Producto del Trabajo.</p>	
		<p>E. Registrar ante el área de Contabilidad, los adeudos del trabajador transferido o trabajadora transferida. F. Cumplimentar en su caso, a través de nómina, el pago de Pensión Alimenticia decretada por autoridad competente.</p>	

M

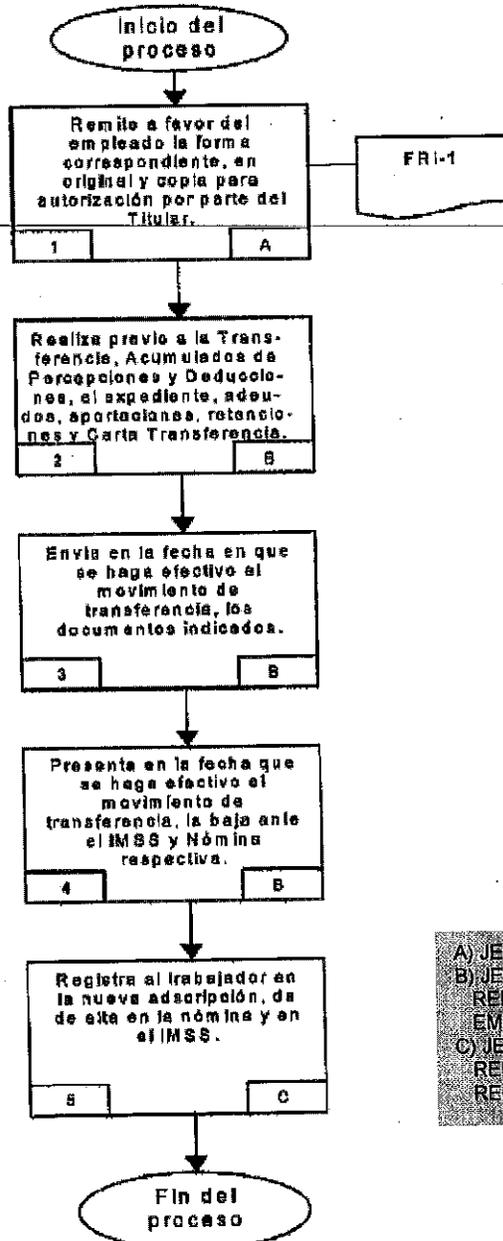
FIN DEL PROCEDIMIENTO

Tiempo total: 2 días hábiles

[Handwritten signature and initials]



DIAGRAMA DE FLUJO



VST-DA-PR-006-05

- A) JEFE DE AREA EMISORA
- B) JEFE DEL DEPARTAMENTO DE RELACIONES INDUSTRIALES EMISOR
- C) JEFE DEL DEPARTAMENTO DE RELACIONES INDUSTRIALES RECEPTOR

Handwritten signature and date: 11/13



RELACIÓN DE ANEXOS

NÚM.	NOMBRE DEL DOCUMENTO	CLAVE
1.	Requisición y Movimientos de Personal	FRI-1

[Handwritten mark]

[Handwritten signature]



**VIII.5 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y REVISIÓN DE LOS CONTRATOS COLECTIVOS
DE TRABAJO
CLAVE: VST-DA-PR-006-06**

OBJETIVO

- Gestionar ante las Instancias correspondientes, los procedimientos legales necesarios en defensa de Liconsa, S.A. de C.V., en las demandas colectivas planteadas por el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Industria Láctea, Alimenticia, Similares y Conexos de la República Mexicana o por cualquier otra coalición sindical, conforme a la normatividad aplicable vigente, a efecto de garantizar los intereses de Liconsa, S.A. de C.V., lo anterior, respetando los derechos de los trabajadores, a fin de evitar conflictos que pudieran provocar perjuicios a Liconsa, S.A. de C.V..

[Handwritten signature and initials]
3



DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

PASO NÚM.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	NOMBRE Y CLAVE DE DOCUMENTO DEL TRABAJO
1	Jefe (a) Departamento de Relaciones Industriales	Recibe la notificación del Pliego de peticiones que con el emplazamiento a huelga haga llegar por conducto de la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje (JFCA), el Sindicato que cuente con la titularidad del contrato Sindicato Nacional de Trabajadores de la Industria Láctea, Alimenticia, Similares y Conexos de la República Mexicana (SINDILAC) o en su caso cualquier otra coalición sindical	Pliego Petitorio
2	Jefe (a) del Departamento de Relaciones Laborales	Se pregunta si la revisión es Salarial o Contractual. Sí: ir al paso No. 6. No: Ir al paso No. 3	
3	Jefe (a) del Departamento de Relaciones Laborales	Solicita inmediatamente al Centro de Trabajo, mediante oficio signado por la Subdirección de Recursos Humanos, remita el original de la documentación que sea necesaria para aportarla como medio de prueba en la respectiva contestación, en los casos de emplazamiento por violaciones al contrato u otorgamiento, firma depósito y registro de éste.	Oficio Documentación
4	Gerente del Centro de Trabajo	Recibe y remite dentro de las 24 horas siguientes a la referida notificación la documentación que sea necesaria para aportarla como medio de prueba en la aludida contestación.	Documentación
5	Jefe (a) del Departamento de Relaciones Laborales	Contesta en un término de 48 horas a partir de la fecha y hora en la que la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje realice la notificación del Pliego de Peticiones, que con emplazamiento a huelga interponga el sindicato (SINDILAC) o en su caso de cualquier otra coalición sindical.	Documentación
6	Jefe (a) del Departamento de Relaciones Laborales	Solicita al centro de Trabajo mediante oficio signado por la Subdirección de Recursos Humanos, con 20 días de anticipación a la fecha en que el contrato señala para llevar a cabo la respectiva revisión de lo siguiente: I. Designe un representante para formar parte del comité revisor. II. Se reúne el Representante del Centro de Trabajo con el Comité Revisor de la Sección Sindical, a fin de agilizar la solución del problema; y remite los puntos que no tengan solución local a Oficina Central. III. Se integre a las reuniones que se llevan a cabo en Oficina Central, con el objeto de negociar con el comité revisor del Contrato Colectivo de Trabajo.	Oficio Carpeta Puntos sin solución local



PASO NUM	Responsable	ACTIVIDAD	NOMBRE Y CLAVE DE DOCUMENTO DEL TRABAJO
7	Gerente del Centro de Trabajo	Elabora por duplicado una carpeta que contenga datos necesarios para realizar la revisión, la que deberá remitir a la Subdirección de Recursos Humanos, en un plazo que no deberá exceder de quince días anteriores a la fecha de revisión para ser complementada por el Departamento de Relaciones Industriales.	Carpeta.
8	Jefe (a) del Departamento de Relaciones Laborales	Cuando se trate de revisiones contractuales se remite con 60 días de anticipación a la fecha que el contrato señala para llevar a cabo la respectiva revisión, copia del emplazamiento a huelga, solicitando elabore el Centro de Trabajo un cuadro comparativo que contenga tanto la petición del sindicato como los comentarios del Centro de Trabajo.	Emplazamiento a Huelga Cuadro Comparativo
9	Gerente del Centro de Trabajo	Debe remitir al Departamento de Relaciones Industriales el cuadro Comparativo 15 días antes de la fecha de revisión del Contrato Colectivo de Trabajo.	Cuadro Comparativo
10	Jefe (a) del Departamento de Relaciones Laborales	Da seguimiento a las audiencias a celebrarse ante la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje, con motivo de los emplazamientos a huelga planteados por el sindicato, hasta obtener el desistimiento correspondiente como resultado de las negociaciones celebradas.	
11	Jefe (a) del Departamento de Relaciones Laborales	Realiza las negociaciones necesarias con las directrices de la Dirección de Administración y de la Subdirección de Recursos Humanos, llevando a cabo las pláticas conciliatorias con los comités revisores de las diferentes secciones sindicales, conforme a una agenda de trabajo, establecida para tal fin con el Sindicato.	

Handwritten signature and number 3.

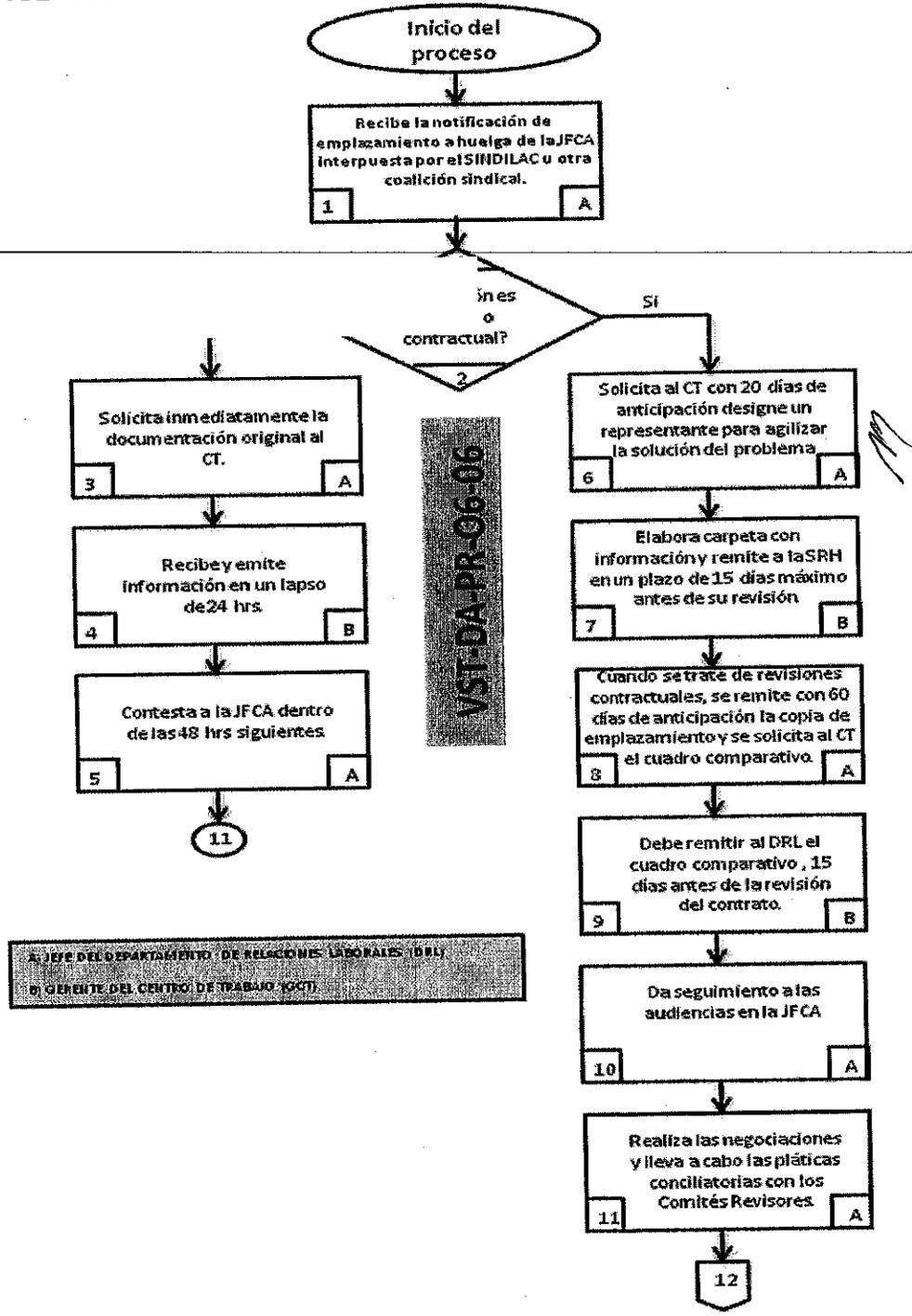


12	Jefe (a) del Departamento de Relaciones Laborales	Elabora el correspondiente Convenio y/o Contrato Colectivo una vez que Liconsa, S.A. de C.V. y el sindicato cierran la negociación; a fin modificar, transferir y/o extinguir el Contrato Colectivo de Trabajo o condiciones generales según sea el caso, donde se plasman los acuerdos a que llegaron las partes, enviándolo al Centro de Trabajo para que lo revise y rubrique conjuntamente con los representantes de la sección sindical.	Convenio y/o Contrato Colectivo
13	Gerente del Centro de Trabajo	Recibe y revisa el Convenio y/o Contrato Colectivo de Trabajo.	Convenio y/o Contrato Colectivo
14	Gerente del Centro de Trabajo	Se pregunta si está de acuerdo con la redacción del convenio. Sí: ir al paso 16 No: ir al paso 15	
15	Gerente del Centro de Trabajo	Elabora conjuntamente con el sindicato propuestas y las envía al Departamento de Relaciones Industriales. Regresas al paso No. 13	Convenio y/o Contrato Colectivo
16	Gerente del Centro de Trabajo	Rubrica conjuntamente con los representantes de la sección sindical el Convenio y/o Contrato Colectivo de Trabajo, devolviéndolo para continuar con el trámite correspondiente.	Convenio y/o Contrato Colectivo
17	Jefe (a) del Departamento de Relaciones Laborales	Obtiene la firmas de las partes que intervienen en la celebración, procediendo a registrar y depositar el Convenio y/o Contrato Colectivo de Trabajo, ante la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje	Convenio y/o Contrato Colectivo
18	Jefe (a) del Departamento de Relaciones Laborales	Envía a los centros de trabajo involucrados, mediante un oficio signado por la Subdirección de Recursos Humanos el convenio y/o Contrato Colectivo de Trabajo para su conocimiento e inmediata aplicación.	Convenio y/o Contrato Colectivo
19	Gerente del Centro de Trabajo	Recibe y realiza los trámites correspondientes a efecto de aplicar el convenio y/o Contrato Colectivo de Trabajo	Convenio y/o Contrato Colectivo
FIN DEL PROCEDIMIENTO			
Tiempo Total:			

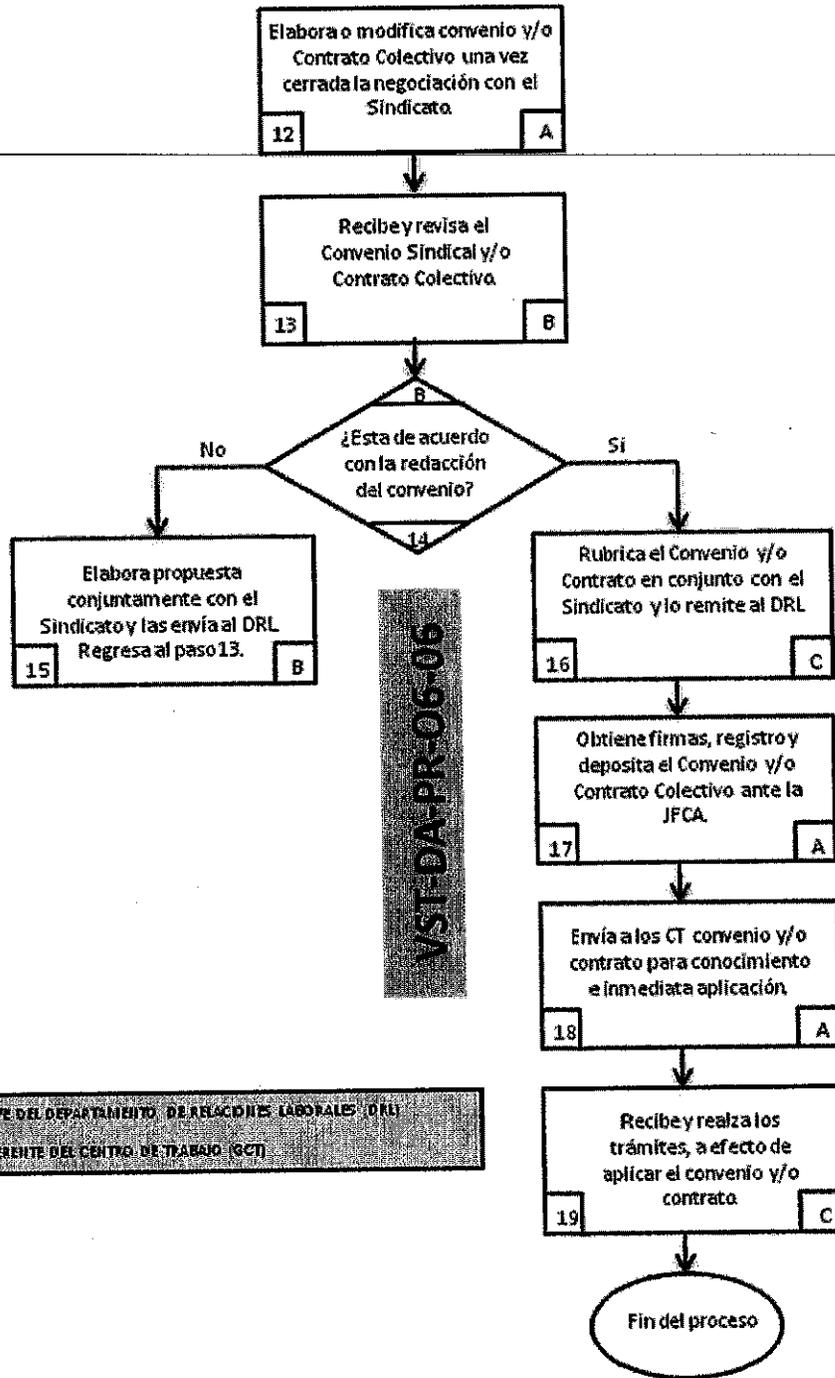
[Handwritten marks and signatures]



DIAGRAMA DE FLUJO



[Handwritten signatures and marks]



A JEFE DEL DEPARTAMENTO DE RELACIONES LABORALES (DRL)
B GERENTE DEL CENTRO DE TRABAJO (CT)

Handwritten marks and signatures on the right side of the page.



VIII.6 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE FINIQUITOS E INDEMNIZACIONES
CLAVE: VST-DA-PR-006-07

OBJETIVO

- Establecer las políticas y procedimientos para la elaboración de finiquitos e indemnizaciones de conformidad a lo establecido a la Ley Federal del Trabajo y su Contrato Colectivo y/o Individual de Trabajo, al término de las relaciones laborales, a fin de evitar el surgimiento de cualquier conflicto.

[Handwritten signature and initials]



POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Asesorar a los diversos Centros de Trabajo, a efecto de que celebre el convenio correspondiente, cuando se presente el término de la relación laboral entre Liconsa, S.A. de C.V. y los trabajadores o trabajadoras; dando seguimiento para que conforme a la normatividad aplicable vigente se lleve a cabo su ratificación ante la Junta federal de Conciliación Arbitraje. Asimismo, para los casos de Finiquito o Indemnizaciones de personal adscrito a la Oficina Central, celebrar y cumplimentar el respectivo convenio ante la referida junta.

Con relación a este punto Liconsa, S.A. de C.V. estará obligada a pagar finiquito en los siguientes casos:

1. Cuando el trabajador o trabajadora voluntariamente dé por terminada la relación laboral;
2. Cuando llegue a su término el contrato por obra o tiempo determinado ;
3. Cuando por causa justificada se rescinda el contrato por tiempo indeterminado; y
4. Por muerte del trabajador o trabajadora.

Y estará obligada a pagar la indemnización, cuando dé por terminada la relación laboral derivada de un Contrato de Trabajo por tiempo indeterminado.

[Handwritten signature]



DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

PASO NÚM.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	NOMBRE Y CLAVE DEL DOCUMENTO DE TRABAJO
1	Gerente Centro de Trabajo Director (a) de Área	Envía oficio a la Dirección de Administración solicitando la autorización de baja correspondiente, original de la baja ante IMSS, hoja de liberación y cálculo de finiquito y/o indemnización.	FRI-1 FRI-8
2	Dirección de Administración	Recibe la solicitud de autorización de baja y cálculo y la envía a la Subdirección de Recursos Humanos.	
3	Subdirector (a) de Recursos Humanos	Recibe la solicitud de autorización de baja y cálculo y la envía al Departamento de Recursos Humanos.	
4	Jefe (a) del Departamento de Recursos Humanos	Analiza y verifica la solicitud de autorización de baja del personal, de acuerdo a los siguientes casos: a) El trabajador voluntariamente de por terminada la relación laboral, b) Terminó del contrato por obra o tiempo determinado, c) Rescisión por causa justificada del contrato por tiempo indeterminado; y/o d) Muerte del trabajador.	
5	Jefe (a) del Departamento de Recursos Humanos	Verifica la causa de baja del personal de Oficina Central y/o del Centro de Trabajo y procede a calcular el finiquito y/o liquidación, una vez que se dé por terminada la relación laboral derivada de un contrato de trabajo por tiempo indeterminado.	
6	Jefe (a) del Departamento de Recursos Humanos	Informa al Gerente del Centro de Trabajo, en caso de que el trabajador sea foráneo, que se dio por terminada la relación laboral.	
7	Gerente del Centro de Trabajo Jefe (a) del Departamento de Recursos Humanos o Jefe (a) del Departamento de Relaciones Industriales	Da aviso al IMSS en un plazo no mayor a 5 días hábiles en que ocurrió la baja del empleado.	
8	Jefe (a) del Departamento de Recursos Humanos	Revisa y reelabora el cálculo definitivo, mismo que firma y remite al Subdirector de Recursos Humanos para que este lo valide con su firma y a su vez obtenga la firma de autorización del Director (a) de Administración.	
9	Jefe (a) del Departamento de	Requisita la documentación de finiquito o indemnización y realiza el trámite ante la Dirección de Finanzas y Planeación, a	Cheque

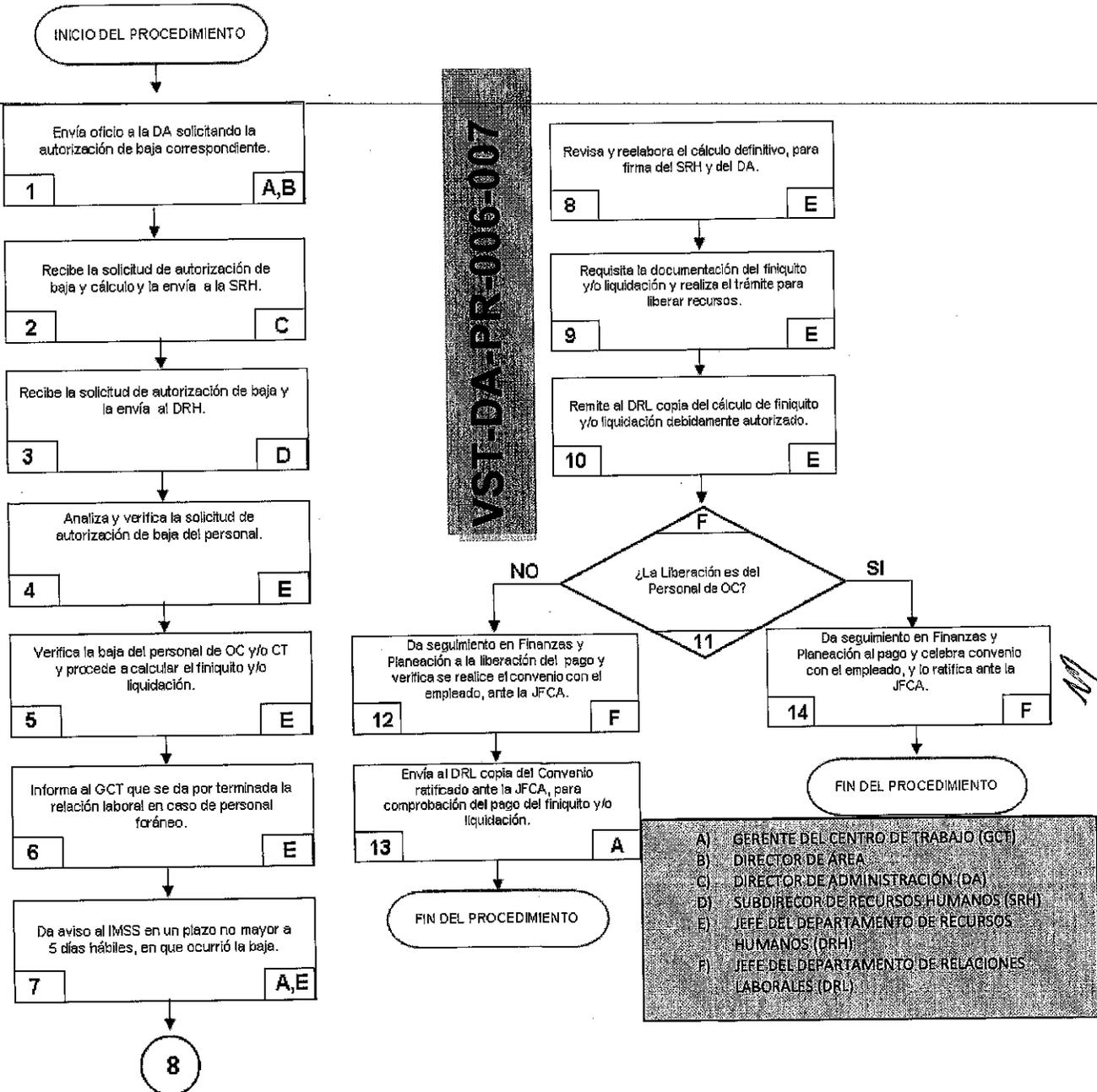


	Recursos Humanos	efecto de que esta libere el recurso al Centro de Trabajo, o tratándose de personal adscrito a Oficina Central expida el cheque correspondiente.	
10	Jefe (a) del Departamento de Recursos Humanos	Remite al Departamento de Relaciones Industriales copia del cálculo de finiquito y/o indemnización debidamente autorizado a efecto de que se dé seguimiento en la liberación del recurso o expedición del cheque correspondiente, según sea el caso.	Finiquito y/o Indemnización
11	Jefe (a) del Departamento de Relaciones Industriales	Se pregunta si la liberación es del personal de Oficina Central. Sí. Ir al paso No. 14 No. Ir al paso No. 12	
12	Jefe (a) del Departamento de Relaciones Industriales	Da seguimiento en la Dirección de Finanzas y Planeación a la liberación de recursos para el pago del finiquito y/o indemnización del personal adscrito al Centro de Trabajo, proporcionando asesoría a estos, verificando que se realice y cumplimente el convenio de terminación de la relación de trabajo ante la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje.	Convenio de terminación de la relación de trabajo Pago de finiquito y/o indemnización.
13	Gerente del Centro de Trabajo	Envía al Departamento de Relaciones Industriales dentro de los primeros 5 días calendario de cada mes vencido, copia del convenio debidamente ratificado ante la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje, a efecto de comprobar el pago del finiquito y/o liquidación. FIN DEL PROCEDIMIENTO	Convenio
14	Jefe (a) del Departamento de Relaciones Industriales	Da seguimiento en la Dirección de Finanzas y Planeación a la expedición del correspondiente cheque, a efecto de celebrar con el trabajador o trabajadora el convenio de terminación de la relación de trabajo, mismo que ratificará ante la Junta Federal de Conciliación y Arbitraje.	Convenio de terminación de la relación de trabajo. Cheque.
FIN DEL PROCEDIMIENTO			
Tiempo Total: 15 días hábiles			

A. V. 3



DIAGRAMA DE FLUJO



VST-DA-PR-006-007

A. P. 1. 3



RELACIÓN DE ANEXOS

NÚM.	NOMBRE DEL DOCUMENTO	CLAVE
1	Requisición y Movimientos de Personal	FRI-1
2	Liberación de Responsabilidades	FRI-8

[Handwritten mark]

[Handwritten signature and number 3]



**VIII.7 PROCEDIMIENTO PARA OTORGAR AYUDAS ECONÓMICAS PARA FOMENTO DEPORTIVO,
AYUDA DE GASTOS MÉDICOS DENTALES O SEGURO DE GASTOS FUNERARIOS,
ALUMBRAMIENTO Y FALLECIMIENTO DE FAMILIARES**

CLAVE: VST-DA-PR-006-08

OBJETIVO

- Establecer las acciones que permitan hacer llegar oportunamente las prestaciones a que tienen derecho los trabajadores y las trabajadoras, contribuyendo a elevar su nivel económico, familiar y social.

[Handwritten signature and initials]



POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Las prestaciones de este procedimiento se otorgaran al personal de confianza con planta de Oficina Central de acuerdo al monto presupuestal asignado y al cuadro de prestaciones autorizado en cada uno de los Centros de Trabajo.

Fomento Deportivo

1. El personal que haya cumplido 30 (treinta) días en Liconsa, S.A. de C.V., tendrá derecho a partir del segundo mes laborado a recibir la ayuda económica mensual denominada "fomento deportivo".
2. El personal que tenga 6 (seis) meses de antigüedad en Liconsa, S.A. de C.V. podrá hacer uso en su totalidad de la ayuda por el monto a que tiene derecho, dentro del ejercicio fiscal correspondiente.
3. En caso de que la/el trabajador (a) que hizo uso en su totalidad de la prestación deportiva sea separado de Liconsa, S.A. de C.V. por cualquier causa, se le descontará la parte proporcional no devengada del finiquito conforme a las políticas de operación del Procedimiento para la Elaboración de Finiquitos e Indemnizaciones.
4. Los gastos a cubrir a través de esta prestación deberán estar relacionados con la práctica o fomento de alguna disciplina deportiva, pudiendo ser utilizado por él o ella y su familia, dentro del ejercicio presupuestal correspondiente, de acuerdo a lo siguiente:
 - a) Participación en actividades deportivas en lugares destinados para tal fin.
 - b) Clases de alguna actividad deportiva con maestros particulares.
 - c) Compra de equipo, artículo o vestuario necesarios para la práctica deportiva.
5. Para el pago de esta prestación se tendrán en cuenta las siguientes consideraciones:

Las/Los trabajadores (as) podrán cobrar su prestación, por mes vencido o el año completo, quedando establecido que sólo se aceptarán facturas con un máximo de 15 días posteriores a su emisión; en caso de cierre de ejercicio presupuestal sólo se recibirá con fecha anterior al mismo.

Deberán presentar la factura en original a nombre de Liconsa, S.A. de C.V. con los requisitos fiscales correspondientes.
6. La factura deberá especificar claramente en la descripción de lo adquirido que se trata de artículo deportivo.
7. El personal de nuevo ingreso y el que se transfiera de un Centro de Trabajo a Oficina Central, no podrá cobrar esta prestación de los meses anteriores a la fecha de alta.
8. Las facturas entregadas por el trabajador, deberá cumplir con los requisitos establecidos en el "Manual de Procedimientos para la Solicitud, Trámite y Autorización de Pagos".
9. Las facturas se entregarán en el Departamento de Prestaciones.
10. La fecha límite para la recepción de las facturas será el segundo miércoles del mes de diciembre del año en curso.



Ayuda de Gastos Médicos Dentales o Seguro de Gastos Funerarios

11. Al personal de planta se les otorgará una ayuda económica anual para gastos médicos dentales, en caso que el trabajador o la trabajadora desee canjear dicha prestación por la contratación de un Seguro de Gastos Funerarios, esto será conforme al monto presupuestal asignado para tal efecto.
12. Para otorgar la prestación de ayuda de gastos Médicos Dentales, los trabajadores o las trabajadoras presentarán en el Departamento de Prestaciones, los recibos y/o facturas vigentes expedidos por el profesional que prestó los servicios, a nombre de Liconsa, S.A. de C.V. conteniendo los requisitos fiscales obligatorios que para tal efecto Liconsa, S.A. de C.V., establezca en su "Manual de Procedimientos para la Solicitud, Trámite y Autorización de Pagos".
13. Para la prestación de Ayuda de Gastos Médicos Dentales, la fecha límite para la recepción de recibos y facturas será el segundo miércoles de diciembre del año en curso.
14. Al personal que considere canjear la Ayuda de Gastos Médicos Dentales, se les otorgará una póliza de seguros de Gastos Funerarios, conforme al monto asignado por la Compañía Aseguradora contratada para tal efecto.
15. Para otorgar esta prestación, el personal presentará en el Departamento de Administración de Riesgos la solicitud elaborada por escrito y copia de identificación oficial.
16. Para disponer de dicha prestación y eficientar el otorgamiento, se notificará directamente a la Compañía Aseguradora contratada para tal efecto, además de presentar la póliza vigente.

Actividades Deportivas, Culturales y Recreativas

17. Liconsa, S.A. de C.V. apoyará en la medida de su presupuesto la participación del personal de manera individual o en grupo en las actividades deportivas, culturales y recreativas.

Permisos Especiales y Ayudas Económicas

18. Liconsa, S.A. de C.V. otorgará a los trabajadores permisos especiales con goce de sueldo en los siguientes casos:
 - a) Al reincorporarse de la incapacidad por maternidad, las madres trabajadoras tendrán derecho a disponer del tiempo legalmente establecido para lactancia.
 - b) Cuando el trabajador o la trabajadora contraiga matrimonio se le concederán tres días hábiles, que podrá disfrutar antes o después del evento.
 - c) Se concederá a los hombres trabajadores permiso de paternidad de cinco días laborables con goce de sueldo, contabilizándose el primero a partir del día del parto y los demás a su elección; asimismo, dicho permiso, será aplicable al padre trabajador para el caso de adopción de un niño o niña, entendiéndose como niño o niña la persona de hasta 12 años incumplidos; iniciando el primer día con la recepción del niño o niña y los demás a su elección.

Será aplicable a la madre trabajadora, para el caso de adopción de un niño o niña, un descanso de seis semanas con goce de sueldo, de común acuerdo entre la trabajadora y el área administrativa correspondiente de la Entidad.

M
0
3



La comprobación de estos permisos de paternidad se deberá realizar ante los Centros de Trabajo de adscripción del trabajador o trabajadora, mediante la presentación del acta de nacimiento del hijo, en tanto que para la adopción se hará con la documentación legal que acredite dicha relación.

- d) Por fallecimiento de familiares en primer grado del personal (padres, hijos, cónyuge o hermanos) se concederán tres días hábiles. El director o directora, Titular de Unidad, subdirector o subdirectora del Área o Gerente podrá conceder más días a cuenta de vacaciones del empleado.
 - e) Por fallecimiento en día hábil de familiares hasta segundo grado (abuelos, nietos, sobrinos). Se otorgará un día hábil con goce de sueldo.
19. En los casos antes indicados, el Director o Directora, Titular de la Unidad o Subdirector o Subdirectora del Área o Gerentes de adscripción del trabajador deberá generar la forma FRI-2 "Requisición y Movimientos de Personal" a la que se adjuntará el comprobante respectivo y se remitirá a la Subdirección de Recursos Humanos o al Departamento de Relaciones Industriales según corresponda.
20. Liconsa, S.A. de C.V. otorgará al personal, ayuda económica conforme al monto presupuestal asignado para tal efecto, en los siguientes casos:
- a) Por nacimiento de un hijo (a) del trabajador.
 - b) Por fallecimiento de familiares en primer grado, con excepción de hermanos.
 - c) Por fallecimiento del empleado, se otorgará la ayuda económica que Liconsa, S.A. de C.V. determine al monto presupuestal asignado para tal efecto, a la persona que haya designado el trabajador o trabajadora como beneficiaria en la póliza de seguro de vida que Liconsa, S.A. de C.V. tenga contratada, o bien, con base en la resolución que emita la Junta Federal Conciliación y Arbitraje.

M
1
2
3

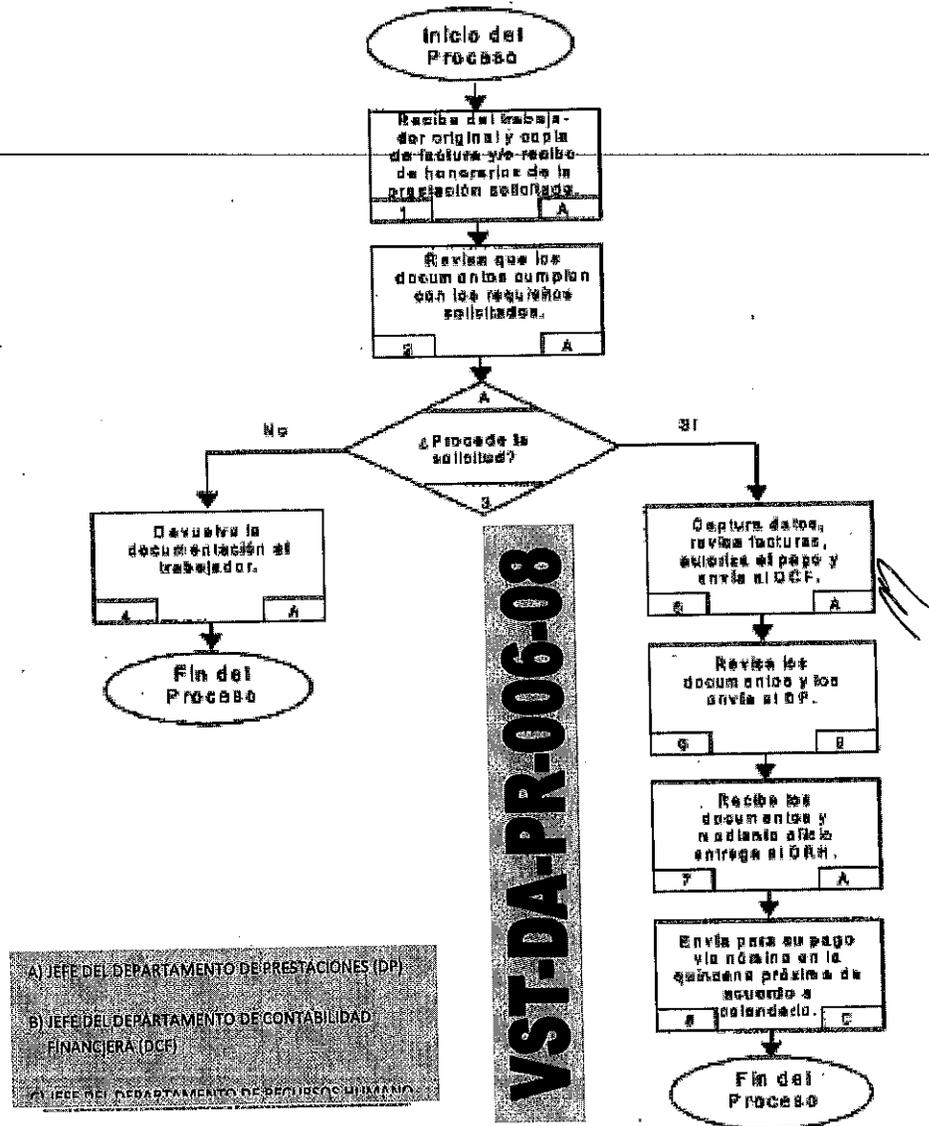


DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

PASO NÚM.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	NOMBRE Y CLAVE DEL DOCUMENTO DE TRABAJO
1	Jefe (a) del Departamento de Prestaciones	Recibe del trabajador o trabajadora original y copia de la factura y/o recibo de honorarios que ampare la prestación deportiva o dental que solicite. Para el caso de la ayuda por alumbramiento y fallecimiento, no se entregará original, sino 2 copias fotostáticas.	Factura y/o Recibo de Honorarios
2	Jefe (a) del Departamento de Prestaciones	Revisa que los documentos cumplan con los requisitos solicitados.	Factura y/o Recibo de Honorarios
3	Jefe (a) del Departamento de Prestaciones	Se pregunta si procede la solicitud. Si: Ir al paso No. 5. No: Ir al paso No. 4.	
4	Jefe (a) del Departamento de Prestaciones	Se devuelve el documento al trabajador. FIN DEL PROCEDIMIENTO.	Factura y/o Recibo de Honorarios
5	Jefe (a) del Departamento de Prestaciones	Captura los datos de la solicitud, revisa las facturas y autoriza el monto a pagar, y entrega al Departamento de Contabilidad Financiera las facturas originales.	Factura y/o Recibo de Honorarios
6	Jefe (a) del Departamento de Contabilidad Financiera	Revisa los documentos y los envía al Departamento de Prestaciones.	
7	Jefe (a) del Departamento de Prestaciones	Recibe los documentos y mediante oficio entrega al Departamento de Recursos Humanos para autorización.	
8	Jefe (a) del Departamento de Recursos Humanos	Envía para su pago vía nómina en la quincena próxima de acuerdo al calendario de nóminas. FIN DEL PROCEDIMIENTO	



DIAGRAMA DE FLUJO



[Handwritten signatures and initials]



**VIII.8 PROCEDIMIENTO PARA EL OTORGAMIENTO DE VALES DE ALIMENTOS Y DESPENSA O
TARJETA DE PREVISIÓN SOCIAL
CLAVE: VST-DA-PR-006-09**

OBJETIVO

- Otorgar oportunamente, a todo trabajador o trabajadora que tiene derecho a recibir de manera quincenal y mensual según corresponda, los vales de alimentos y de despensa o el depósito en la tarjeta de previsión social conforme al monto presupuestal asignado para tal efecto.

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Vales de Alimentos o depósito en la tarjeta o monedero electrónico de previsión social

Todo el trabajador (a) operativo (a) tendrá derecho a recibir quincenalmente conforme al monto presupuestal asignado para tal efecto, la prestación de vales de alimentos o depósito en la tarjeta o monedero electrónico de previsión social, que será utilizable en los establecimientos afiliados a Liconsa, S.A. de C.V. que haya contratado Liconsa, S.A. de C.V.

Esta prestación se otorgará tomando en cuenta las siguientes consideraciones:

- Se otorgará esta prestación quincenal a partir de su fecha de ingreso en forma proporcional a los días trabajados.
- Para el caso de las/los trabajadores (as) eventuales, se otorgarán vales de alimentos por el tiempo que presten sus servicios.
- Las/Los trabajadores (as) que se encuentren de vacaciones, comisión o permiso, tendrán derecho al otorgamiento de esta prestación; en caso de que el trabajador o trabajadora falte injustificadamente o el personal de nivel salarial 15 e inferior tenga incapacidades por más de tres días se le otorgará solamente los días trabajados en la quincena.
- En caso de baja de un trabajador (a), la prestación se le otorgará en forma proporcional a los días trabajados, tomando como base el monto total quincenal establecido entre 10 días y el resultado se multiplicará por los días trabajados.
- A cambio de esta prestación, el personal aportará el importe que Liconsa, S.A. de C.V. le indique, el cual no podrá ser mayor al 20% (veinte por ciento) de un salario mínimo general, monto que le será descontado de su salario.

No se otorgarán vales de alimentos o depósito en la tarjeta o monedero electrónico de previsión social en los siguientes casos:

- A los prestadores de servicios contratados con la partida de pago 12101 (honorarios) del capítulo 1000 (servicios personales).
- Cuando el personal de nivel salarial 15 e inferior tengan incapacidades por más de tres días, se tomará en cuenta lo siguiente:
 - a) En el caso de que la incapacidad abarque días inhábiles (sábado, domingo o día festivo) estos no serán tomados en consideración para la aplicación de deducciones.
 - b) Se tomará el número de días hábiles que contenga la quincena para proceder a calcular y realizar los descuentos por incapacidad.
- A los (as) trabajadores (as) que falten injustificadamente, no se le otorgará la parte proporcional a las faltas.
- En todos los casos en que el personal no pueda presentarse a cobrar sus respectivos vales, podrá conceder un poder para este fin a la persona que designe dicho trabajador o trabajadora.

Vales de Despensa o depósito en la Tarjeta o Monedero Electrónico de Previsión Social.

El personal operativo de planta y eventuales tendrá derecho a recibir en la segunda quincena de cada mes, conforme al monto mensual establecido de acuerdo al cuadro de prestaciones asignado en Oficina Central y en los Centros de Trabajo, los vales de despensa o depósito en la Tarjeta o Monedero Electrónico de

Previsión Social, utilizable en los establecimientos afiliados a la Empresa que haya contratado Liconsa, S.A. de C.V.

Esta prestación se otorgará tomando las siguientes consideraciones:

- Se otorgará esta prestación mensual a partir de su fecha de ingreso en forma proporcional a los días trabajados y se le entregará en la segunda quincena de cada mes.
- En el mes de diciembre de cada año al trabajador (a) de planta con un mínimo de 6 meses de antigüedad al mes de noviembre le serán pagados de forma proporcional a su fecha de ingreso, el doble del monto mensual autorizado, en vales de despensa o depósito en la tarjeta o monedero electrónico de previsión social.
- En caso de baja, la prestación se dará en forma proporcional a los días trabajados.
- En caso de que el trabajador no se presente a cobrar sus vales, podrá otorgar a una persona carta poder para este fin.

No se otorgarán vales de Despensa o depósito en la tarjeta o monedero electrónico de previsión social en los siguientes casos:

- A los prestadores de servicios contratados con la partida de pago 12101 (honorarios) del capítulo 1000 (servicios personales).
- A las/los trabajadores (as) que falten injustificadamente, no se le otorgará la parte proporcional a las faltas.

[Handwritten signature]
[Handwritten number 4]
[Handwritten number 3]



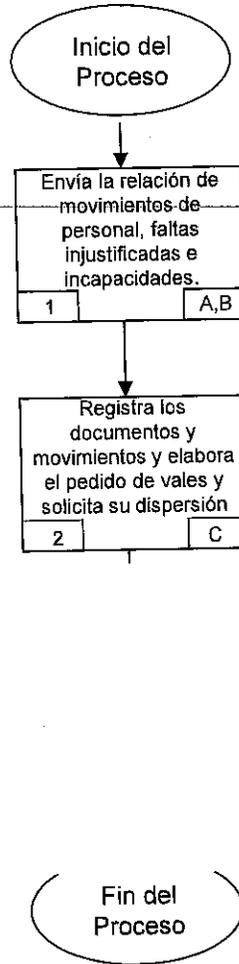
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

PASO NÚM.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	NOMBRE Y CLAVE DEL DOCUMENTO DE TRABAJO
1	Jefe (a) del Departamento de Recursos Humanos en (Oficinas Centrales) o Jefe (a) del Departamento de Relaciones Industriales (en los Centros de Trabajo)	En Oficinas Centrales.- Envía al Departamento de Prestaciones la relación de los movimientos de personal, así como la relación de incapacidades y faltas injustificadas quincenales y/o mensuales. En los Centros de Trabajo.- La Coordinación de Recursos Humanos es la encargada de tramitar los vales.	Relación de Movimientos de Personal
2	Jefe (a) del Departamento de Prestaciones y/o de Relaciones Industriales	Registra los documentos y movimientos correspondientes para elaborar el pedido al proveedor de los vales y solicita su dispersión en 24 (veinticuatro) horas posteriores al pago de los mismos.	Solicitud de vales de Alimentos
3	Jefe (a) del Departamento de Prestaciones y/o de Relaciones Industriales	Envía al Jefe o Jefa del Departamento de Recursos Humanos la relación del personal que recibe los vales, para el timbrado de los recibos de pago. En los Centros de Trabajo el Departamento de Relaciones Industriales es el encargado de realizar la mecánica inherente al timbrado de los vales.	Relación de personal
FIN DEL PROCEDIMIENTO			
Tiempo total: 6 días hábiles			

[Handwritten signatures and marks]



DIAGRAMA DE FLUJO



VST-DA-PR-006-09

A) JEFE DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS (DRH)
B) JEFE DEL DEPARTAMENTO DE RELACIONES INDUSTRIALES DEL CT (DRI)
C) JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PRESTACIONES (DP)

M

[Handwritten signatures and marks]



VIII.9 SEGURIDAD E HIGIENE Y PROTECCIÓN CIVIL
CLAVE: VST-DA-PR-006-10

OBJETIVOS

- Establecer en los Centros de Trabajo de Liconsa, S.A. de C.V. el esquema normativo, técnico y administrativo, que permita dar cabal cumplimiento a las disposiciones jurídicas y lineamientos emitidos por el Gobierno Federal y Oficina Central, relativas a Seguridad e Higiene Industrial, Salud, Ecología y Protección Civil.
- Evitar y/o disminuir los riesgos de trabajo (enfermedades profesionales y accidentes de trabajo) entre el personal que labora en Liconsa, S.A. de C.V., así como evitar y/o reducir el efecto de los fenómenos de origen natural o humano que pongan en peligro la integridad física de los trabajadores o trabajadoras y su entorno.

[Handwritten signature and initials]

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

Normatividad General

La/El Jefe (a) del Departamento de Seguridad e Higiene de Oficina Central deberá de:

1. Informar con oportunidad a los responsables de dichas materias en los Centros de Trabajo sobre:
 - La normatividad laboral, de salud, de ecología y de protección civil vigente;
 - Los lineamientos normativos, técnicos y administrativos emitidos por la Subdirección de Recursos Humanos, y
 - Supervisar su adecuada observancia.
2. Elaborar anualmente el Programa de Seguridad e Higiene y Protección Civil "Tipo" de la entidad y darlo a conocer oportunamente al Departamento de Relaciones Industriales o de Recursos Humanos en los Centros de Trabajo. **(Anexo 1)**

El Departamento de Relaciones Industriales o de Recursos Humanos en los Centros de Trabajo de Liconsa, S.A. de C.V. en el país, será el responsable de:

3. Realizar anualmente el Programa de Seguridad e Higiene y Protección Civil y el Calendario de Actividades específicas, considerando las metas y políticas establecidas en el Programa de Seguridad e Higiene y Protección Civil "Tipo".
4. Elaborar mensualmente y enviar a la Subdirección de Recursos Humanos dentro de los quince días posteriores al mes que se reporta, los siguientes documentos:
 - Reporte Mensual de Seguridad e Higiene Industrial;
 - Informe de Riesgos de Trabajo;
 - Informe de Actividades del Servicio Preventivo de Medicina del Trabajo;
 - Informe Mensual para el Cálculo de % en Prima a Pagar por Siniestralidad, y Acta de Recorrido de la Comisión de Seguridad e Higiene. **(Anexo 11)**.
5. Coordinar la integración de la Comisión de Seguridad e Higiene, mediante la suscripción del Acta Constitutiva respectiva, de conformidad con los lineamientos normativos marcados por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, y proporcionar asesoría y capacitación a sus integrantes. **(Anexo 12)**.
6. Realizar mensualmente en coordinación con la Comisión de Seguridad e Higiene recorridos físicos en el inmueble, con el propósito de analizar la estructura física, las operaciones y procedimientos industriales, la maquinaria, el equipo, la herramienta y los dispositivos de seguridad; para detectar posibles condiciones y actos inseguros, incluyendo las observaciones respectivas en el formato: Acta de Recorrido Mensual de la Comisión de Seguridad e Higiene y enviar copia del Acta a la Subdirección de Recursos Humanos, dentro de los quince días posteriores al mes que se reporta.
7. Realizar, según lo programado y en coordinación con los responsables del mantenimiento y conservación, inspecciones en el inmueble, con el propósito de verificar que las acciones de mantenimiento preventivo y correctivo en las instalaciones eléctricas, hidro-sanitarias, de gas, de equipo de seguridad, alertamiento y de señalización se efectúen de manera correcta y oportuna. Incluyendo las observaciones detectadas en el Acta de recorrido mensual de la Comisión de Seguridad e Higiene.
8. Organizar e impartir cursos, campañas, simulacros y eventos relacionados con la seguridad industrial y protección civil, a fin de prevenir accidentes, enfermedades y contingencias que pongan en peligro la integridad física de los trabajadores o trabajadoras.



9. Coordinar junto con el área de Vigilancia la implementación de medidas de seguridad en el inmueble, acordes a las características físicas y técnicas y con apego a los lineamientos emitidos por el área de Seguridad e Higiene de Oficina Central.
10. Llevar a cabo el suministro y control del equipo de protección personal de los trabajadores o trabajadoras, con base a la naturaleza de la actividad desempeñada, los riesgos a que estén expuestos y al equipo descrito en el Catálogo de Equipo de Protección Personal y Seguridad (Anexo 3); y supervisar que en el área de trabajo sea utilizado, reportando cualquier anomalía al área de Seguridad e Higiene de Oficina Central.
11. Reportar al área de mantenimiento las condiciones inseguras existentes, mediante la elaboración de una orden de trabajo, y dar seguimiento a la respuesta.
12. Realizar las gestiones pertinentes, a fin de que las licencias, permisos, autorizaciones, registros y estudios técnicos específicos, solicitados por diversas instancias del Gobierno Federal en el marco de la normatividad laboral, de salud, de ecología y de protección civil, se encuentren vigentes.
13. Determinar las necesidades de equipamiento (material, equipo y señalización) con base al Diagnóstico de Riesgos internos y externos efectuado en el Centro de Trabajo (ubicación y características físicas del inmueble; naturaleza de la actividad desempeñada, número de trabajadores o trabajadoras, etc.), a fin de elevar los niveles de seguridad de los trabajadores y el inmueble.

Servicio Médico

Disposiciones Generales

1. Es responsabilidad del Departamento de Relaciones Industriales o de Recursos Humanos, llevar un control de las actividades que realiza el Servicio Médico del Centro de Trabajo, así como supervisar que se elabore y cumpla el programa anual de actividades.
2. El responsable del Servicio Médico del Centro de Trabajo, y cuando éste no exista el titular del Departamento de Relaciones Industriales o de Recursos Humanos deberá:
 - a) Atender las inspecciones que la Secretaría de Salud y la Secretaría del Trabajo y Previsión Social y/o cualquier otra institución pública competente efectúe en el Centro de Trabajo.
 - b) Hacer las gestiones pertinentes ante la Secretaría de Salud para la obtención y/o actualización del Aviso de Apertura, y vigilar que el personal que lo requiera cuente con la tarjeta de salud actualizada.
 - c) Proporcionar toda clase de orientación al trabajador o trabajadora sobre los servicios que prestan el Instituto Mexicano del Seguro Social y otras instituciones de salud.
 - d) Integrar el expediente médico de los trabajadores o trabajadoras con los documentos siguientes:
 - Para el Personal Administrativo
 - Constancia o Certificado de Buena Salud expedido por el médico particular del trabajador o trabajadora o una institución de salud.
 - Cuestionario Médico. **(Anexo 19)**.
 - Para el Personal Operativo en Áreas de Procedimiento y/o del Comedor en las Plantas:



- Constancia o Certificado Médico de Buena Salud.
 - Cuestionario Médico. **(Anexo 19)**.
 - Resultados de la Evaluación Médica Periódica.
 - Resultados de los Análisis Clínicos.
- e) Supervisar que el Centro de Trabajo cuente al menos con un Botiquín fijo o portátil conteniendo material de curación para proporcionar los primeros auxilios al personal en caso de accidente.
- f) Efectuar periódicamente las gestiones necesarias para la adquisición de material de curación y supervisar que los botiquines cuenten con la cantidad suficiente para proporcionar los primeros auxilios a los trabajadores o trabajadoras en caso de accidente.
- g) Supervisar que el botiquín o los botiquines tengan como contenido mínimo de material para la atención de los primeros auxilios, de acuerdo a lo señalado por la "Norma Oficial Mexicana, NOM-005-STPS-1998,-Condiciones de Seguridad e Higiene en los Centros de Trabajo para el Manejo, Transporte y Almacenamiento de Sustancias Químicas Peligrosas".
- El contenido de este botiquín podrá completarse de acuerdo al estudio y análisis de los riesgos de trabajo que puedan presentarse de manera específica en cada Centro de Trabajo.
- h) Llevar el registro y control de los Riesgos de Trabajo que ocurran a los empleados en el Centro de Trabajo.
- i) El responsable del Servicio Médico deberá de elaborar al término de cada mes los Informes de: Actividades del Servicio Preventivo de Medicina del Trabajo y el de Riesgos de Trabajo, para que el titular de Relaciones Industriales integre la información dentro de los reportes mensuales que se envían a la Subdirección de Recursos Humanos. **(Anexo 9)**.
- j) El responsable del Servicio Médico y/o el Departamento de Seguridad e Higiene, asesorará al Departamento de Relaciones Industriales o de Recursos Humanos, para analizar las incapacidades otorgadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social, y cuando el caso lo amerite propondrá al área Jurídica de Liconsa, S.A. de C.V. de la revisión del caso, para que ésta presente la inconformidad respectiva ante la autoridad competente del IMSS.
- k) El responsable del Servicio Médico deberá de integrar su Informe Anual de Actividades y entregarlo al Departamento de Relaciones Industriales o de Recursos Humanos, en la primera quincena del mes de diciembre del año que se reporta.
- l) En caso de que no exista Servicio Médico en el Centro de Trabajo, el Departamento de Relaciones Industriales o de Recursos Humanos se apoyará en el Centro de Trabajo más cercano de Liconsa, S.A. de C.V. que cuente con este servicio, o directamente con los servicios médicos proporcionados por el Instituto Mexicano del Seguro Social u otras instituciones de salud.

Medicina Preventiva

3. El responsable del Servicio Médico realizará acciones tendientes al fomento a la salud de las/los trabajadores (as) del Centro de Trabajo; así como, proponer medidas sanitarias para eliminar focos de infección que puedan provocar enfermedades entre el personal.
4. El responsable del Servicio Médico en coordinación con el Departamento de Relaciones Industriales o de Recursos Humanos y con la colaboración de instituciones oficiales de salud, realizará campañas de vacunación y de detección oportuna de enfermedades crónico-degenerativas, así como pláticas y eventos que fomenten la medicina preventiva.

M

1

2

3

4

5. El responsable del Servicio Médico, en coordinación con el Departamento de Relaciones Industriales o de Recursos Humanos, impartirá cursos de primeros auxilios, así como pláticas sobre diversos temas médicos considerando aquellos en los que se registre un mayor índice de accidentes o enfermedades entre el personal que labora en el Centro de Trabajo.
6. Las evaluaciones físicas del personal de nuevo ingreso y las evaluaciones periódicas y los análisis clínicos que se practicarán al personal operativo que ya labora en Liconsa, S.A. de C.V., deberán atender los criterios siguientes:

Evaluación Física del Personal de Nuevo Ingreso

- Todo o toda aspirante a ocupar un puesto en Liconsa, S.A. de C.V. deberá de presentar al Departamento de Recursos Humanos o de Relaciones Industriales, una Constancia o Certificado de Buena Salud expedido por su médico particular o una institución de salud.
- Todo o toda aspirante a ocupar un puesto en Liconsa, S.A. de C.V. deberá de requisitar el formato denominado "Cuestionario Médico" (**Anexo 19**) y entregarlo al responsable del Departamento de Recursos Humanos o de Relaciones Industriales.
- El Departamento de Recursos Humanos o de Relaciones Industriales, deberá turnar al Servicio Médico del Centro de Trabajo, la Constancia o Certificado de Buena Salud y el Cuestionario Médico del personal de nuevo ingreso para su evaluación y será éste quien determine considerando la actividad a desarrollar y los lineamientos marcados en el **Anexo 15 y/o 16**, si el aspirante deba practicarse análisis clínicos adicionales.
- En caso de que el aspirante a ocupar un puesto en Liconsa, S.A. de C.V. se haya practicado análisis clínicos adicionales deberá de entregar los resultados al Departamento de Recursos Humanos o Relaciones Industriales, para que éste en coordinación con el Servicio Médico determine si se continúa con los trámites de contratación.

Examen Médico Periódico para Personal Operativo.

La evaluación médica periódica será obligatoria para el personal operativo que labora en las áreas de procedimiento y/o de comedor en las Plantas Industriales de Liconsa, S.A. de C.V. y deberá ser practicada anualmente por el Servicio Médico de Liconsa, S.A. de C.V. y cuando éste no exista mediante la contratación del servicio.

- Los análisis clínicos serán obligatorios para el personal que labora en las áreas de procedimiento y/o comedor en las Plantas Industriales, con base a la naturaleza de la actividad desempeñada y de conformidad a los criterios marcados en el **Anexo 15 y/o 16**, éstos deberán de practicarse anualmente.
- En caso de que se detecte alguna enfermedad en el trabajador o trabajadora, el Servicio Médico deberá canalizarle al Instituto Mexicano del Seguro Social para que reciba tratamiento médico, dándole seguimiento al caso.
- El responsable del Servicio Médico deberá dar seguimiento a los casos de trabajadores o trabajadoras que resulten portadores sanos, y podrá sugerir su reubicación en otra área hasta su total restablecimiento.



Medicina Curativa

El responsable del Servicio Médico del Centro de Trabajo deberá:

- a) En caso de Enfermedad no-profesional: Proporcionar a los trabajadores o trabajadoras atención médica primaria y de urgencia y evaluar si debe ser canalizado al IMSS para su valoración y tratamiento.
- b) En caso de Riesgo de Trabajo: Proporcionar a los trabajadores o trabajadoras atención médica de urgencia y evaluar si se encuentra apto para reanudar sus labores, o si debe ser canalizado al IMSS para su valoración y tratamiento.
- c) Atender a todo el personal que solicite consulta y podrá prescribir un tratamiento médico inicial. Cuando el caso lo amerite, lo referirá al Servicio Médico del IMSS.
- d) Llevar a cabo el registro diario de sus consultas, de acuerdo a los rubros marcados en el formato "Servicio Médico Registro Diario de Actividades del Médico en Consulta" (**Anexo 17**).

Instructivo para Investigación de Accidentes en los Centros de Trabajo

7. Todo accidente de trabajo que cause una lesión incapacitante, ya sea temporal, permanente parcial, permanente total o muerte a algún trabajador o trabajadora deberá ser investigado. Cuando el caso lo amerite se informará al área Jurídica de Liconsa, S.A. de C.V. para que ésta lo haga del conocimiento de las autoridades competentes, por posibles violaciones a las leyes aplicables.
8. El Departamento de Relaciones Industriales o de Recursos Humanos y/o el jefe inmediato del trabajador, serán los responsables de llevar a cabo, dentro de las primeras 48 horas posteriores a la ocurrencia del accidente, la investigación correspondiente en el lugar de los hechos.
9. En cualquier caso, se deberá dar prioridad a la atención médica del accidentado sin que por este motivo se posponga la investigación.
10. El Departamento de Relaciones Industriales o de Recursos Humanos deberá investigar las causas reales del accidente, comparando la notificación del accidente de trabajo emitida por el Servicio Médico y el reporte del accidente de trabajo elaborado por el jefe inmediato del trabajador o trabajadora. (**Anexo 18**).
11. En caso de que el accidente produzca la falta de integridad física de un trabajador o trabajadora (incapacidad permanente parcial, total o muerte) o que ocasione pérdidas materiales, deberá ser investigado de manera conjunta por el Departamento de Relaciones Industriales o de Recursos Humanos, el jefe inmediato del trabajador o trabajadora y los miembros de la Comisión de Seguridad e Higiene, con el propósito de que se sugieran medidas preventivas que eviten futuros accidentes.
12. Es responsabilidad del Servicio Médico y/o del Departamento de Relaciones Industriales o de Recursos Humanos, reportar los accidentes ocurridos ante el IMSS, durante las primeras 24 horas posteriores a la presencia del accidente, mediante el formato denominado "Aviso para calificar probable riesgo de trabajo MT-1", así como, ante la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, mediante los formatos: Reporte de Accidente de Trabajo y Datos Adicionales al Reporte de Accidentes de Trabajo.
13. El Departamento de Relaciones Industriales o de Recursos Humanos, deberá requisitar adecuadamente y llevar el control de los documentos que se detallan a continuación:



- Reporte de accidente de trabajo (STPS)
- Datos adicionales al reporte de accidentes de trabajo (STPS)
- Aviso para calificar probable riesgo de trabajo ST-1 (proporcionado por el IMSS al trabajador o trabajadora);
- Dictamen de alta por riesgo de trabajo ST-2 (proporcionado por el IMSS al trabajador al término de la incapacidad);
- Dictamen de incapacidad parcial permanente ST-3; y
- Dictamen de incapacidad permanente o de defunción por riesgo de trabajo ST-4.



DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

PASO NÚM.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	NOMBRE Y CLAVE DEL DOCUMENTO DE TRABAJO
1	Responsable del Servicio Médico en Centros de Trabajo	Elabora el último día de cada mes el "Informe de Actividades del Servicio Preventivo de Medicina del trabajador" y envía el original al área de Relaciones Industriales y, archiva la copia durante un año	Informe de Actividades del servicio Preventivo de medicina del Trabajador (IASPMT)
2	Responsable del Servicio Médico en Centro Trabajo	Elabora el último día de cada mes el "Informe de Riesgos de Trabajo"; y envía original al área Relaciones Industriales y archiva la copia.	Informe de Riesgos de Trabajo (IRT)
3	Jefe (a) del Departamento de Relaciones Industriales o Recursos Humanos.	Recibe informes para análisis y validación	Informe de actividades del servicio preventivo de medicina del trabajador (IASPMT) Informe de riesgos de Trabajo
4	Jefe (a) del Departamento de Relaciones Industriales o Recursos Humanos.	Se pregunta si está correcta la información. Sí: ir al paso No. 7 No: ir al paso No 5	
5	Jefe (a) del Departamento de Relaciones Industriales o Recursos Humanos	Informa al responsable del Servicio Médico que la información es correcta y solicita envía nuevamente la información	Oficio
6	Responsable del Servicio Médico en Centros de Trabajo	Envía nuevamente los informes ya corregidos al Departamento de Relaciones Industriales o de Recursos Humanos.	Informes

[Handwritten signatures and marks on the right margin]



7	Jefe (a) del Departamento de Relaciones Industriales o Recursos Humanos	Envía los informes correctos en original a la Subdirección de Recursos Humanos y Archiva la copia durante un año.	Oficio informes
8	Jefe (a) del Departamento de Relaciones Industriales o Recursos Humanos	Elabora el "Reporte mensual de Seguridad e Higiene Industrial" y envía el original a la Subdirección de Recursos Humanos y archiva la copia durante un año.	Oficio Reporte Mensual de Actividad e Higiene Industrial
9	Jefe (a) del Departamento de Relaciones Industriales o Recursos Humanos	Elabora el "Informe Mensual para el cálculo del % en Prima a Pagar por Siniestralidad" y envía el original a la Subdirección de Recursos Humanos y archiva la copia durante un año.	Oficio Informe Mensual para el Cálculo del % en Prima a Pagar por Siniestralidad
10	Jefe (a) del Departamento de Relaciones Industriales o Recursos Humanos	Coordina la Realización del recorrido de inspección y detección de riesgos de la Comisión de Seguridad de Higiene y elabora el acta correspondiente.	Acta
11	Jefe (a) del Departamento de Relaciones Industriales o Recursos Humanos	Integra y envía a la Subdirección de Recursos Humanos los informes, reportes y acta de recorrido, antes del día 15 del mes posterior al que reporta.	Informes, Reportes Actas de Recorrido
12	Subdirector (a) de Recursos Humanos	Recibe Informes, reportes y acta de recorrido y los registra, una vez registrados los turna al responsable de Seguridad e Higiene.	Informes, Reportes Actas de Recorrido
13	Jefe (a) del Departamento de Seguridad e Higiene	Recibe información, la analiza, verifica registra y archiva una copia.	Informes, Reportes Actas de Recorrido
14	Jefe (a) del Departamento de Seguridad e Higiene	Se pregunta si la información es correcta Sí: ir al paso no. 17. No: ir al paso No. 15	

3



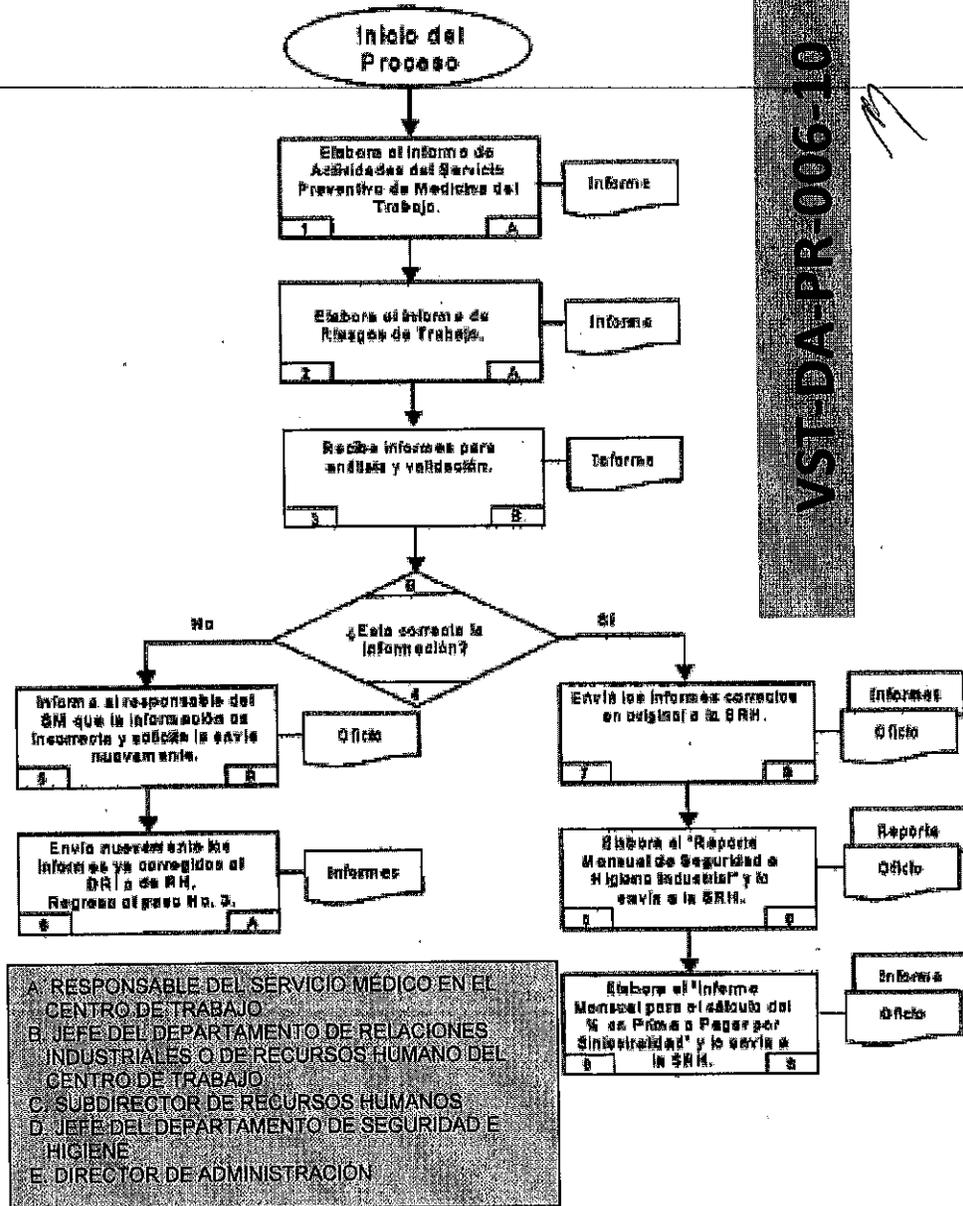
15	Jefe (a) del Departamento de Seguridad e Higiene	Solicita al Departamento de Relaciones Industriales o Recursos Humanos del Centro de Trabajo que corrija la información y la envíe nuevamente.	
16	Jefe (a) del Departamento de Relaciones Industriales o Recursos Humanos	Corrige los informes, reportes y estadísticas y los envía a la Subdirección de Recursos Humanos.	Informes, Reportes Actas de Recorrido
		Regresa al paso No. 12	
17	Jefe (a) del Departamento de Seguridad e Higiene	Elabora informes, reportes y estadísticas y los envía a la Subdirección de Recursos Humanos.	Informes, Reportes Estadísticas
18	Subdirector (a) de Recursos Humanos	Recibe informes, reportes y estadísticas, los valida y envía para su conocimiento a la Dirección de Administración.	Informes, Reportes Estadísticas
19	Director (a) de Administración	Recibe información e integra dentro de la carpeta del Consejo de Administración y el Informe anual de Actividades.	Informes, Reportes Estadísticas
FIN DEL PROCEDIMIENTO			
Tiempo Total: 5 días hábiles			

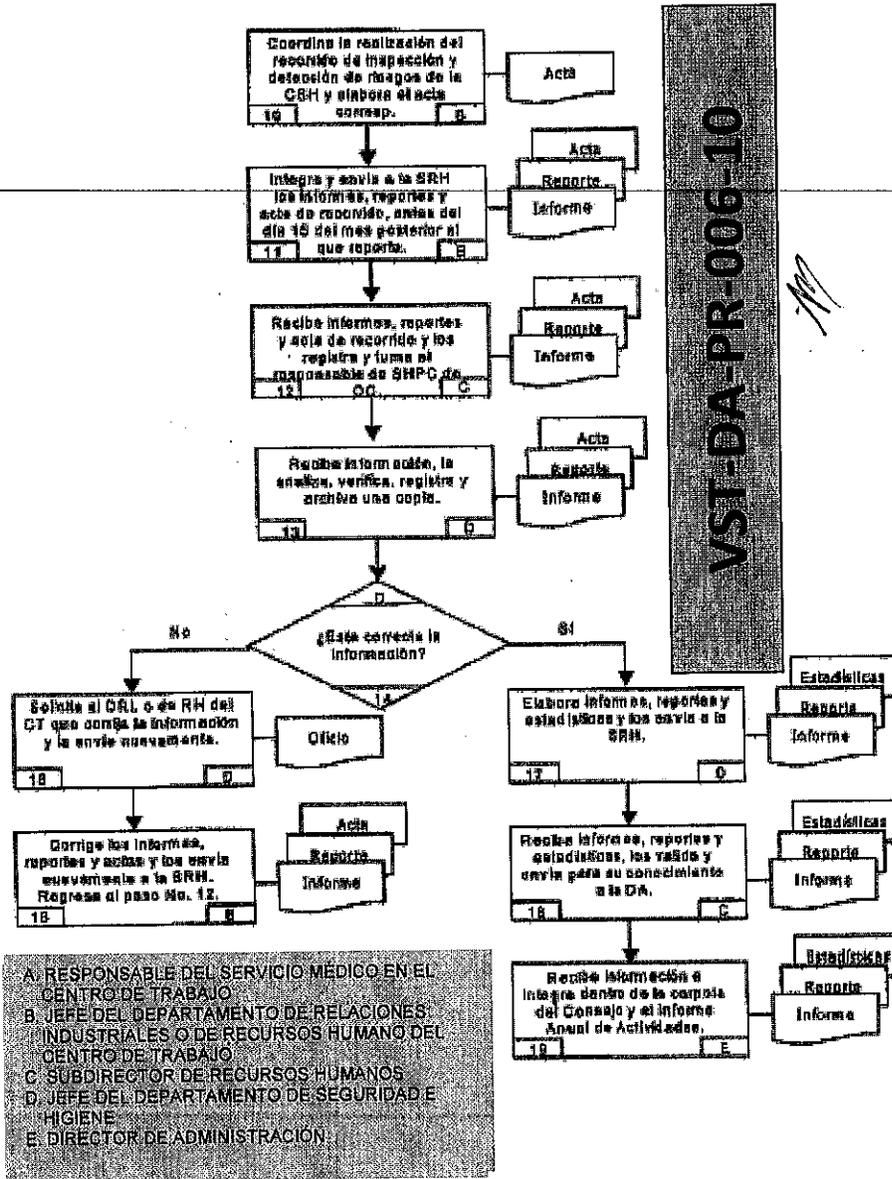
M

[Handwritten signature]



DIAGRAMA DE FLUJO





[Handwritten marks and signatures]



RELACIÓN DE ANEXOS

Núm.	Nombre del Documento	Clave
1	Programa de Seguridad e Higiene y Protección Civil	Anexo 1
2	Directorio de Brigadistas	Anexo 2
3	Directorio de Emergencia	Anexo 3
4	Directorio de Personal	Anexo 4
5	Inventario de Extintores	Anexo 5
6	Inventario de Hidrantes	Anexo 6
7	Inventario de Recursos Materiales	Anexo 7
8	Reporte Mensual de Seguridad e Higiene	Anexo 8
9	Informe de Actividades del Servicio Preventivo de medicina del Trabajo	Anexo 9
10	Informe de Riesgos de Trabajo	Anexo 10
11	Informe mensual para el cálculo del % en prima a pagar por siniestralidad	Anexo 11
12	Acta Constitutiva de la Comisión de Seguridad e Higiene	Anexo 12
13	Acta de Verificación de la Comisión de Seguridad e Higiene	Anexo 13
14	Catálogo de Equipo de protección Personal y Seguridad	Anexo 14
15	Cuadro de Análisis Aplicados a Plantas Rehidratadoras	Anexo 15
16	Cuadro de Análisis Aplicados a Plantas Pasteurizadas	Anexo 16
17	Servicio-Médico Registro diario de Actividades del Médico en Consulta	Anexo 17
18	Investigación de Accidentes de Trabajo	Anexo 18
19	Cuestionario Médico	Anexo 19

[Handwritten signatures and marks]



ANEXO 1
"PROGRAMA DE SEGURIDAD E HIGIENE Y PROTECCIÓN CIVIL"



DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD E HIGIENE Y PROTECCIÓN CIVIL
PROGRAMA DE SEGURIDAD E HIGIENE Y PROTECCIÓN CIVIL
ENTIDAD
CENTRO DE TRABAJO

META
1.- Cumplir con el marco normativo y de organización de Seguridad e Higiene Protección Civil, Salud, Ecología y Medio Ambiente

OBJETIVO: Formalizar y dar seguimiento a las acciones de Seguridad e Higiene, Protección Civil, Salud, Ecología y Medio Ambiente

No.	ACCIONES A REALIZAR	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
1.1	Crear y/o actualizar la UNIDAD INTERNA DE PROTECCIÓN CIVIL mediante la suscripción del Acta Constitutiva correspondiente y colocar en un lugar visible la estructura orgánica y nombres del personal que conforma la Brigada de Protección y Seguridad	P											
		R											
1.2	Crear y/o actualizar la COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE mediante la suscripción del Acta Constitutiva respectiva, colocar en un lugar visible la estructura orgánica y nombres de los integrantes de la Comisión y elaborar su Programa Anual de Actividades	P											
		R											
1.3	Elaborar mensualmente el Acta de Recorrido de la Comisión de Seguridad e Higiene	P											
		R											
1.4	Verificar que las Autorizaciones, Registros, Licencias, Avisos, Cédulas y Estudios Técnicos de operación y funcionamiento de la maquinaria y equipo que requieren las diversas Instancias del Gobierno Federal y/o Estatal se encuentren vigentes.	P											
		R											

RESPONSABLES:

OBSERVACIONES:

P Programado
R Realizado

Fecha de elaboración _____

[Handwritten signatures and marks]



DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD E HIGIENE Y PROTECCIÓN CIVIL
PROGRAMA DE SEGURIDAD E HIGIENE Y PROTECCIÓN CIVIL
ENTIDAD _____
CENTRO DE TRABAJO _____

META
2.- Realizar el análisis de riesgos internos y externos del Centro de Trabajo

OBJETIVO: Identificar los riesgos internos y externos a los que está expuesto el personal, el acervo documental y el inmueble.

Nº.	ACCIONES A REALIZAR	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
2.1	Realizar recorridos físico en el inmueble, en coordinación con la Brigada de Protección y Seguridad, la Comisión de Seguridad e Higiene y el responsable del Mantenimiento, para detectar las principales áreas de riesgo, condiciones inseguras y actos inseguros.	P											
		R											
2.2	Identificar los elementos que pongan en riesgo al personal y/o el inmueble considerando: * ANÁLISIS ESTRUCTURAL (pisos, paredes, techos, áreas de circulación, andenes, puertas de salida, salidas de emergencia, sótanos, estacionamientos, etc.) * ESTADO FÍSICO (aseo, orden, distribución de las áreas de trabajo, etc.) * PERSONAL (número de trabajadores, población flotante, etc.) * FUNCIÓN DESEMPEÑADA (administrativa, operativa, producción etc.) * TIPO DE OFICINA (administrativa, bodega, laboratorio, almacén, archivo, centro de cómputo, etc.) * INSTALACIONES (eléctricas, hidrosanitarias, gas, comunicaciones, aire acondicionado, elevadores, etc.) * IDENTIFICAR AGENTES DAÑINOS (ruido, vibraciones, polvo, alumbrado, ventilación, etc.) * MAQUINARIA, EQUIPO Y HERRAMIENTAS AUTOMÁTICAS Y/O MANUALES (montacargas, carretillas, plataformas, andamios, escaleras portátiles y marinas, racks, etc.) * IDENTIFICAR AGENTES EXPLOSIVOS (gases, polvos, sustancias químicas, etc) * IDENTIFICAR ELEMENTOS DE RIESGOS EXTERNOS (industrias, gasolinera, gasera, terminal camionera, centro de alta densidad de población, etc.)	P											
		R											

RESPONSABLES:

OBSERVACIONES:

P Programado
R Realizado

Fecha de elaboración _____

Handwritten signatures and initials:
M
A
3



DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD E HIGIENE Y PROTECCIÓN CIVIL
PROGRAMA DE SEGURIDAD E HIGIENE Y PROTECCIÓN CIVIL
ENTIDAD _____
CENTRO DE TRABAJO _____

META
2.- Realizar el análisis de riesgos internos y externos del Centro de Trabajo

OBJETIVO: Identificar los riesgos internos y externos a los que está expuesto el personal, el acervo documental y el inmueble.

No.	ACCIONES A REALIZAR	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
2.3	Elaborar el CROQUIS o PLANO DE Y UBICACIÓN DE ÁREAS DE RIESGOS INTERNOS, (incluyéndose en éste la especificación de salidas de emergencia, zonas de seguridad internas, puntos de reunión externos, extintores, equipo contra-incendio, etc.	P											
		R											
2.4	Elaborar el CROQUIS o PLANO DE Y UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE ÁREAS DE RIESGOS EXTERNOS.	P											
		R											
2.5	Elaborar y/o actualizar el DIAGNÓSTICO DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO (DAÑOS A LA SALUD, IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS Y ORGANIZACIÓN DE LA SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO), con base a la metodología y formatos de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.	P											
		R											
		P											
		R											

RESPONSABLES:

OBSERVACIONES:

P Programado
R Realizado

Fecha de elaboración _____

M

1-2-3

A



DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD E HIGIENE Y PROTECCIÓN CIVIL
PROGRAMA DE SEGURIDAD E HIGIENE Y PROTECCIÓN CIVIL
ENTIDAD
CENTRO DE TRABAJO

META
3.- Elaborar directorios e inventarios de Recursos Humanos y Materiales

OBJETIVO: Contar con la información actualizada de los Recursos Humanos y Materiales con que cuenta el Centro de Trabajo utilizados susceptibles de ser en caso de una contingencia

No.	ACCIONES A REALIZAR	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
3.1	Elaborar y/o actualizar los Directorios de Brigadistas, del Personal y de Servicios de Emergencia Externos en los formatos oficiales de LICONSA.	P											
		R											
3.2	Elaborar y/o actualizar los Inventarios de Extintores y de Hidrantes en los formatos oficiales de LICONSA.	P											
		R											
3.3	Elaborar y/o actualizar el Inventario de Recursos Materiales (equipo de protección personal y equipo de seguridad con que cuenta el inmueble) en los formatos oficiales de LICONSA.	P											
		R											
		P											
		R											

RESPONSABLES:

OBSERVACIONES:

P Programado
R Realizado

Fecha de elaboración _____

[Handwritten signatures and marks]



DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD E HIGIENE Y PROTECCIÓN CIVIL
PROGRAMA DE SEGURIDAD E HIGIENE Y PROTECCIÓN CIVIL
ENTIDAD: _____
CENTRO DE TRABAJO: _____

META
4.- Señalizar el Centro de Trabajo

OBJETIVO: Instalar en el Centro de Trabajo señales y símbolos de Seguridad e Higiene y Protección Civil de carácter informativo prohibitivo y obligatorio

No.	ACCIONES A REALIZAR	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
4.1	Supervisar que se encuentren colocados en puntos estratégicos y que estén en buen estado las SEÑALES y AVISOS de PROTECCIÓN CIVIL (pictogramas para ubicar: salida, salida de emergencia, ruta de evacuación, zona de seguridad interna, punto de reunión externo, alarma, extintor, hidrante, que hacer en caso de sismo o incendio, área restringida, etc.), así como SEÑALES y AVISOS de SEGURIDAD E HIGIENE (pictogramas sobre protección ocular, auditiva, cabeza, cara, cuerpo, manos, pies, lavajos, regaderas, substancia tóxica o corrosiva, etc.)	P											
		R											
4.2	Supervisar que se encuentren pintados los conductos, maquinaria y equipo de acuerdo con los colores y señales de seguridad e higiene e identificación de riesgos por fluidos conducidos en tuberías establecido por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.	P											
		R											
		P											
		R											

RESPONSABLES:

OBSERVACIONES:

P Programado
R Realizado

Fecha de elaboración _____

[Handwritten signatures and marks]



LICONSA
ARABIS SOCIAL Y EDUCATIVO

DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD E HIGIENE Y PROTECCIÓN CIVIL
PROGRAMA DE SEGURIDAD E HIGIENE Y PROTECCIÓN CIVIL
ENTIDAD
CENTRO DE TRABAJO

META
5.- Instrumentar Normas de Seguridad en el Centro de Trabajo

OBJETIVO: Operar Lineamientos Normativos que permitan elevar el nivel de seguridad del personal y el inmueble.

No.	ACCIONES A REALIZAR	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
5.1	Operar el SISTEMA DE IDENTIFICACIÓN DEL PERSONAL (uso obligatorio de Gafete de Empleado), e implementar el CONTROL DE ACCESOS DE VISITANTES (uso de Gafete o Engomado).	P											
		R											
5.2	Operar el SISTEMA DE CONTROL DE ACCESO AL ESTACIONAMIENTO Y REGISTRO VEHICULAR (uso de engomado o tarjetas).	P											
		R											
		P											
		R											
		P											
		R											

RESPONSABLES:

OBSERVACIONES:

P Programado
R Realizado

Fecha de elaboración _____



DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD E HIGIENE Y PROTECCIÓN CIVIL
PROGRAMA DE SEGURIDAD E HIGIENE Y PROTECCIÓN CIVIL
ENTIDAD
CENTRO DE TRABAJO

META
6.- Dar seguimiento al Programa de Mantenimiento del Inmueble

OBJETIVO: Disminuir la vulnerabilidad del personal y el inmueble mediante la realización de acciones de mantenimiento preventivo y correctivo

No.	ACCIONES A REALIZAR	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
6.1	Realizar recorridos para verificar la instrumentación del Programa de Mantenimiento considerando los rubros siguientes: * INSTALACIONES ELÉCTRICAS (contactos, lámparas, tableros de control, subestación eléctrica, equipo de cómputo, etc.) * INSTALACIONES HIDROSANITARIAS (baños, tuberías, llaves de paso, tinacos, cisterna, etc.) * CUARTOS DE CONTROL (sistema de bombeo, aire acondicionado, recipientes sujetos a presión, interruptores, etc.) * EQUIPO DE SEGURIDAD (extintores, hidrantes, equipo de protección personal, detectores de humo y calor, señalización, lámparas de emergencia, etc.) * ÁREAS DE CIRCULACIÓN (salidas, escaleras y salidas de emergencia, abatimiento de puertas, obstáculos en rutas de evacuación, etc.) * ESTRUCTURA DE INMUEBLE (muros, pisos, plafones, lozas, bardas, cargas muertas, etc.) * SISTEMA DE COMUNICACIONES (teléfono, fax, radio, redes de intercomunicación, etc.)	P											
		R											
6.2	Elaborar reportes y/o ordenes de trabajo al área de Servicios Generales o de Mantenimiento para que se de solución a las condiciones y/o actos inseguros detectados en el inmueble.	P											
		R											

RESPONSABLES:

OBSERVACIONES:

P Programado
R Realizado

Fecha de elaboración _____

M
[Handwritten signatures and marks]



LICONSA
BANCO SOCIAL DEL NOROCCIDENTE

DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD E HIGIENE Y PROTECCIÓN CIVIL
PROGRAMA DE SEGURIDAD E HIGIENE Y PROTECCIÓN CIVIL

ENTIDAD _____
CENTRO DE TRABAJO _____

META
7.- Equipamiento del personal, brigadistas e inmueble

OBJETIVO: Dotar de equipo de seguridad al personal, equipo distintivo a las brigadas de protección y seguridad y equipo contra incendio al inmueble

No.	ACCIONES A REALIZAR	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
7.1	Supervisar que los trabajadores cuenten con el equipo de protección personal de acuerdo con la actividad desempeñada, y que los brigadistas del Centro de Trabajo cuenten con equipo distintivo.	P											
		R											
7.2	Efectuar revisiones para verificar que el equipo de seguridad y contra incendio se encuentren en condiciones óptimas de operación. La supervisión se hará a: * GABINETE CON EQUIPO DE SEGURIDAD: cascos, hachas, picos, lentes protectores, mascarillas, lámparas sordas, chaquetón y pantalón de bombero, palas, etc. * EQUIPO CONTRA-INCENDIO: extintores de polvo químico seco, gas halón y bióxido de carbono, red de hidrantes y tomas siamesas, gabinete del hidrante (manguera, chifón, válvula y llave de acoplamiento), sistema de alertamiento, aspersores, detectores de humo o calor, etc.) * EQUIPO DE EMERGENCIA: lámparas, megáfonos, cinta antiderrapante en escaleras, etc. * Escaleras, rampas y/o salidas de emergencia.	P											
		R											
7.3	Supervisar que los botiquines de primeros auxilios cuenten con el material de curación y medicamentos suficientes para atender una emergencia.	P											
		R											

RESPONSABLES:

OBSERVACIONES:

P Programado
R Realizado

Fecha de elaboración _____

M

[Handwritten signature]

3

[Handwritten signature]



DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD E HIGIENE Y PROTECCIÓN CIVIL
PROGRAMA DE SEGURIDAD E HIGIENE Y PROTECCIÓN CIVIL

ENTIDAD
CENTRO DE TRABAJO

META
8.- Capacitar al personal en materia de Seguridad e Higiene y Protección Civil y difundir medidas que coadyuven a la creación de una cultura preventiva de seguridad

OBJETIVO: Proporcionar conocimientos teórico-prácticos sobre Seguridad e Higiene, Protección Civil, Salud y Ecología al personal.

No.	ACCIONES A REALIZAR	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
8.1	Impartir cursos de capacitación y pláticas al personal y a la Brigada de Protección y Seguridad	P											
		R											
8.2	Realizar campañas de fomento a la salud y de multidetecciones	P											
		R											
8.3	Elaborar y distribuir al personal folletos, trípticos, boletines y carteles	P											
		R											
8.4	Difundir al personal a través de material audiovisual medidas preventivas que promuevan una cultura de auto-cuidado.	P											
		R											

RESPONSABLES:

OBSERVACIONES:

P Programado
R Realizado

Fecha de elaboración _____

M

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

[Handwritten mark]



DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD E HIGIENE Y PROTECCIÓN CIVIL
PROGRAMA DE SEGURIDAD E HIGIENE Y PROTECCIÓN CIVIL

ENTIDAD
CENTRO DE TRABAJO

META
9.- Realizar ejercicios de gabinete y simulacros.

OBJETIVO: Poner a prueba la capacidad de respuesta de las Brigadas de Protección y Seguridad, mediante la representación hipotética de la presencia de una situación de emergencia en el Centro de Trabajo

No.	ACCIONES A REALIZAR	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
9.1	Con base al análisis de riesgos del Centro de Trabajo, diseñar escenarios para la realización de EJERCICIOS DE GABINETE, así como, SIMULACROS parciales, totales, con o sin previo aviso, planteando hipótesis de sismo, incendio, explosión, amenaza de artefacto explosivo, asalto a mano armada., etc.	P											
		R											
		P											
		R											
		P											
		R											
		P											
		R											

RESPONSABLES:

OBSERVACIONES:

P Programado
R Realizado

Fecha de elaboración _____



DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD E HIGIENE Y PROTECCIÓN CIVIL
PROGRAMA DE SEGURIDAD E HIGIENE Y PROTECCIÓN CIVIL
ENTIDAD
CENTRO DE TRABAJO

META 10.- Elaborar Planes de Emergencia con base al Diagnóstico de Riesgos.

OBJETIVO: Salvaguardar la integridad física de las personas, sus bienes y su entorno, mediante el conocimiento y operación de procedimientos de actuación antes, durante y después de una contingencia.

No.	ACCIONES A REALIZAR	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
10.1	Definir y operar el PLAN DE ALERTAMIENTO en caso de una contingencia (sistema de alertamiento sonoro, ya sea simple, como un silbato o megáfono, o a través de un código sonoro mediante una sirena).	P											
		R											
10.2	Elaborar, poner a prueba periódicamente y operar en caso de una contingencia los PLANES DE EMERGENCIA, desarrollados por el Centro de Trabajo en caso de: sismo, incendio, explosión, amenaza de artefacto explosivo, asalto a mano armada, fuga de sustancia tóxica, etc.	P											
		R											
10.3	Definir y operar en caso de una contingencia el PLAN DE EVALUACIÓN DE DAÑOS Y VUELTA A LA NORMALIDAD (definir quien o quienes son los responsables de la toma de decisiones, después de una contingencia)	P											
		R											
		P											
		R											

RESPONSABLES:

OBSERVACIONES:

P Programado
R Realizado

Fecha de elaboración _____

[Handwritten signatures and marks]



ANEXO 2
"DIRECTORIO DE BRIGADISTAS"



DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD E HIGIENE
DIRECTORIO DE BRIGADISTAS

ENTIDAD FEDERATIVA: _____
CENTRO DE TRABAJO: _____

DOMICILIO: _____
TELÉFONO: _____

Nº.	NOMBRE	EDAD	ÁREA DE ADSCRIPCIÓN	PUESTO DENTRO DE LA BRIGADA	MIEMBRO DESDE	TELÉFONO DE OFICINA	TELÉFONO PARTICULAR

FECHA DE ELABORACIÓN: _____

[Handwritten signatures and marks]



ANEXO 3
"DIRECTORIO DE EMERGENCIA"



DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD E HIGIENE
DIRECTORIO DE EMERGENCIA

ENTIDAD FEDERATIVA: _____

DOMICILIO: _____

CENTRO DE TRABAJO: _____

TELÉFONO: _____

INSTITUCIÓN	TELÉFONO
HOSPITAL O CLINICA DEL SEGURO SOCIAL	
CRUZ ROJA	
CUERPOS DE EMERGENCIA (CRUZ AMBAR, COMISIÓN NACIONAL DE EMERGENCIAS, ETC.)	
LOCATEL	
CUERPO DE BOMBEROS	
SEGURIDAD PÚBLICA	
FUGAS DE GAS	
UNIDAD ESTATAL DE PROTECCIÓN CIVIL	

FECHA DE ELABORACIÓN: _____

[Handwritten signatures and marks]



ANEXO 4
"DIRECTORIO DE PERSONAL"



DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD E HIGIENE
DIRECTORIO DE PERSONAL

ENTIDAD FEDERATIVA: _____

DOMICILIO: _____

CENTRO DE TRABAJO: _____

TELÉFONO: _____

NOMBRE	PUESTO	TELÉFONO DE OFICINA	DOMICILIO PARTICULAR	TELÉFONO PARTICULAR	EN CASO DE ACCIDENTE AVISAR AL TELÉFONO

FECHA DE ELABORACIÓN: _____



ANEXO 6
"INVENTARIO DE HIDRANTES"



[Handwritten signature]

[Handwritten marks]



ANEXO 8
"REPORTE MENSUAL DE SEGURIDAD E HIGIENE"



DIRECCION DE ADMINISTRACION
SUBDIRECCION DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD E HIGIENE Y PROTECCION CIVIL
REPORTE MENSUAL DE SEGURIDAD E HIGIENE

ENTIDAD FEDERATIVA: _____

CENTRO DE TRABAJO: _____

MES AL QUE CORRESPONDE _____

I. SEGURIDAD E HIGIENE

INSPECCIONES Y ANALISIS EN AREAS DE TRABAJO

ACTIVIDADES DE LA COMISION DE SEGURIDAD E HIGIENE

ACTIVIDADES DEL SERVICIO PREVENTIVO DE MEDICINA DEL TRABAJO

CURSOS DE CAPACITACION Y ADIESTRAMIENTO IMPARTIDOS

CAMPAÑAS Y EVENTOS ESPECIALES EFECTUADOS

OTRAS ACTIVIDADES

Handwritten mark

Handwritten signature and initials



II. PROTECCION Y VIGILANCIA

NUMERO TOTAL DE ELEMENTOS	_____	NÚMERO DE ELEMENTOS POR TURNO	_____
NUMERO DE PUERTAS	_____	ÁREAS A CUBRIR ENUNCIARLAS	_____
SE EFECTUARON PLATICAS CON LOS VIGILANTES:			
NO () PORQUE _____			
SI () TEMAS TRATADOS _____			
NUMERO DE ARMAS:	_____	EN BUEN ESTADO:	SI () NO ()
ESPECIFIQUE:	_____	_____	
NUMERO DE RELOJES CHECADORES:	_____	SI ()	NO ()
EN BUEN ESTADO:	_____	_____	
ESPECIFIQUE:	_____	_____	

III. PROTECCION CONTRA ROBO

LA DISTRIBUCION ACTUAL DE LAS ESTACIONES VERIFICADORAS ES :			

FRECUENCIA DE LA VERIFICACION DE LAS ESTACIONES Y DURACION DEL RECORRIDO:			

CONDICION DEL ALUMBRADO INTERIOR:	_____	BUEN ESTADO ()	MAL ESTADO ()
EXPLIQUE:	_____	_____	
CONDICION DEL ALUMBRADO EXTERIOR:	_____	BUEN ESTADO ()	MAL ESTADO ()
EXPLIQUE:	_____	_____	
CONDICIONES DE PUERTAS:	_____	BUEN ESTADO ()	MAL ESTADO ()
EXPLIQUE:	_____	_____	

M

[Handwritten signature]

3



IV. PROTECCION CONTRA INCENDIO

BRIGADAS:
CON CUANTAS BRIGADAS CUENTA: _____
NUMERO DE ELEMENTOS QUE INTEGRAN CADA BRIGADA _____
REUNIONES EFECTUADAS POR LA(S) BRIGADA(S) _____
TEMAS TRATADOS: _____

EQUIPO CONTRA INCENDIO
CANTIDAD DE EXTINGUIDORES: _____ EN BUEN ESTADO SI () NO ()
EXPLIQUE: _____

CANTIDAD DE HIDRANTES _____ CANTIDAD DE MANGUERAS _____
EN BUEN ESTADO SI () NO () ESTE SERVICIO _____ EXPLIQUE: _____

ESTADO DE BOMBAS CONTRA INCENDIO: _____ BUENO () MALO ()
EXPLIQUE: _____

FUNCIONAMIENTO DE BOMBAS: _____ BUENO () MALO ()
EXPLIQUE: _____

PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO EFECTUADAS _____
PERIODICIDAD _____

INCENDIOS:
CONATO DE INCENDIO EN: _____

ESTABA OPERANDO EL AREA: SI () NO ()
CUAL FUE LA CAUSA QUE ORIGINO EL FUEGO: _____

QUIENES LO COMBATIERON: _____

EQUIPOS UTILIZADOS _____

TIEMPO EMPLEADO EN EXTINGUIR EL FUEGO: _____

V. DAÑOS

PERSONAS LESIONADAS: SI () NO () CUANTAS: _____

COSTO APROXIMADO DE LOS DAÑOS:
COSTO DE LA RECARGA DE EXTINGUIDORES Y REPOSICION DE EQUIPO _____
COSTO DEL TIEMPO PERDIDO POR EL PERSONAL QUE LABORABA EN EL AREA _____
Nota: Si la suma de los costos anteriores rebasa la cantidad que la aseguradora fija como deducible, se deberá hacer la reclamación para el pago total de los daños.

Handwritten signature and initials on the right side of the page.



ANEXO 9
"INFORME DE ACTIVIDADES DEL SERVICIO PREVENTIVO DE MEDICINA DEL TRABAJO"



DIRECCION DE ADMINISTRACION
SUBDIRECCION DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD E HIGIENE Y PROTECCION CIVIL
INFORME DE ACTIVIDADES DEL SERVICIO PREVENTIVO DE MEDICINA DEL TRABAJO

CENTRO DE TRABAJO: _____

MES AL QUE CORRESPONDE: _____

NUMERO DE TRABAJADORES: _____

MEDICO: _____

INTERVENCIONES	SINDICALIZADOS	NO SINDICALIZADOS	TOTAL DEL MES	ACUMULADO ANUAL
EXAMEN DE ADMISION				
EXAMENES PERIODICOS				
EXAMENES DE LABORATORIO				
CONSULTAS GENERALES				
CURACIONES E INYECCIONES				
ATENCION DE ACCIDENTES				
PASES DE SALIDA AL IMSS E. G.				
PASES DE SALIDA AL IMSS A.T.				

IMSS	SINDICALIZADOS	NO SINDICALIZADOS	TOTAL DEL MES	ACUMULADO ANUAL
CASOS ATENDIDOS POR E.G.				
DIAS DE INCAPACIDAD POR E.G.				
CASOS POR MATERNIDAD				
DIAS OTOR. POR MATERNIDAD				

CAPACITACION
NOMBRE DE LA PLATICA: _____
NUMERO TOTAL DE ASISTENTES _____
NOTA: ANEXAR RESUMEN DE LA PLATICA Y LISTA FIRMADA POR LOS ASISTENTES.

CAMPANAS PREVENTIVAS
NOMBRE DE LA CAMPAÑA _____
INSTITUCION DE SALUD _____
NUMERO DE PERSONAS ATENDIDAS _____

TIPO	CASOS	TIPO	CASOS
MICOSIS		SINDROME DIARREICO	
DERMATITIS		COLICO ABDOMINAL	
HERNIAS		PIROSIS	
HEMORROIDES		ODONTALGIAS	
VARICES		FARINGITIS	
HIPERTENSION ARTERIAL		RINO FARINGITIS	
HIPOTENSION ARTERIAL		AMIGDALITIS	
AGUDEZA VISUAL		LARINGITIS	
AGUDEZA AUDITIVA		RESFRIADO COMUN	
CONJUNTIVITIS		ENFERMEDADES VENEREAS	
CEFALEA		OTRAS ENFERMEDADES:	
NEURITIS		ENFERMEDADES DE VAS URINARIAS ALTAS Y BAJAS	
		ENFERMEDADES OSTEOMUSCULARES	
		ENFERMEDADES ENDOCRINOLOGICAS	



ANEXO 11
"INFORME MENSUAL PARA EL CÁLCULO DE % EN PRIMA POR PAGAR POR" SINIESTRALIDAD



DIRECCION DE ADMINISTRACION
SUBDIRECCION DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD E HIGIENE Y PROTECCION CIVIL
INFORME MENSUAL PARA EL CALCULO DEL % EN PRIMA A PAGAR POR SINIESTRALIDAD

ENTIDAD FEDERATIVA: _____ AÑO QUE REPORTA: _____

CENTRO DE TRABAJO: _____ IS: 0.50000%

FÓRMULA PARA DETERMINAR EL PORCENTAJE EN PRIMA
FÓRMULA
$$PRIMA = [(S/365) + V \times (I+D)] \times (F/N) + M$$

INDICE DE SINIESTRALIDAD	ACUMULADO AL MES ANTERIOR	MES ACTUAL	ACUMULADO ACTUAL
% EN PRIMA		0.005000	0.005000

SIGNIFICADO DE CONSTANTES Y VARIABLES
S = TOTAL DIAS SUBSIDIADOS POR INCAPACIDAD TEMPORAL
V = 28 AÑOS DE DURACION DE VIDA ACTIVA DE UN INDIVIDUO
I = SUMA DE PORCENTAJES DE INCAP. PERMANENTE ENTRE 100
D = NUMERO DEFUNCIONES
F = 2.3 QUE ES EL FACTOR DE PRIMA
N = NUMERO DE TRABAJADORES PROMEDIO EXPUESTOS AL RIESGO
M = 0.005 PRIMA MINIMA DE RIESGO
365 = NÚMERO DE DÍAS NATURALES DEL AÑO

VARIABLES	MES ACTUAL	ACUMULADO
S	0	0
I	0	0
D	0	0
N	588	38
365	31	365

NOTA: PARA EL CALCULO MENSUAL DEL INDICE DE SINIESTRALIDAD, LA CONSTANTE "365" DEBERÁ SUSTITUIRSE CADA MES POR EL TOTAL DE DIAS QUE TIENE EL MES QUE SE ESTA REPORTANDO

PARA EL CALCULO ACUMULADO DEL INDICE DE SINIESTRALIDAD, LA CONSTANTE "365" DEBERA SUSTITUIRSE CADA MES POR EL TOTAL DE DIAS QUE HAYAN TRANSCURRIDO DE ENERO AL MES QUE SE ESTA REPORTANDO

PARA EL CALCULO ANUAL DEL INDICE DE SINIESTRALIDAD QUE ES EL QUE SE PRESENTA ANTE EL IMSS, SE DEBERÁ UTILIZAR 365 DIAS, QUE ES EL TOTAL DE DÍAS DE UN AÑO CALENDARIO COMO SE MARCA EN LA FÓRMULA ARRIBA DESCRITA

[Handwritten signature and initials]



ANEXO 12
"ACTA CONSTITUTIVA DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE"

LICONSA

CENTRO DE TRABAJO: _____

ACTA CONSTITUTIVA DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE

EN _____, SIENDO LAS _____ HORAS DEL DÍA
_____ EN EL LOCAL QUE OCUPA **LICONSA S.A. DE C.V.** DOMICILIO

MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____

R.F.C.: _____ REG. I.M.S.S.: _____

GIRO: _____

CLASE ANTE EL I.M.S.S.: _____ PORCIENTO EN PRIMA: _____

NÚMERO DE TRABAJADORES: _____ HORARIO: _____ A _____ HORAS,

TELÉFONO: _____

SE REUNIERON EL GERENTE (A) _____
_____ COMO REPRESENTANTE
DE LICONSA Y LOS INTEGRANTES DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE PARA DAR
CUMPLIMIENTO A LA NORMA OFICIAL MEXICANA 019-STPS-2004, QUE ESTABLECE LA
CONSTITUCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LAS COMISIONES DE SEGURIDAD E HIGIENE EN LOS
CENTROS DE TRABAJO.

CON BASE A LO ANTERIOR LA COMISIÓN QUEDA ORGANIZADA DE LA SIGUIENTE MANERA

GERENTE

NOMBRE Y FIRMA

COORDINADOR

SECRETARIO

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA

[Handwritten signatures and initials]



VOCALES

REPRESENTANTES DEL PATRÓN		REPRESENTANTES DE LOS TRABAJADORES	
NOMBRE	FIRMA	NOMBRE	FIRMA
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

LAS ACTIVIDADES QUE DESEMPEÑARA LA COMISIÓN SERÁN LAS QUE ESTÁN COMPRENDIDAS EN EL PUNTO No. 7 - FUNCIONAMIENTO - DE LA NOM. 019-STPS-2004.

SE CIERRA LA PRESENTE ACTA A LAS _____ HORAS DEL DÍA _____ DEL MES DE _____ DE _____ CONSERVANDO EL ORIGINAL EL RESPONSABLE DE RELACIONES INDUSTRIALES Y ENTREGÁNDOSE UNA COPIA A LA GERENCIA DEL CITADO CENTRO DE TRABAJO.



ANEXO 13
"ACTA DE VERIFICACIÓN DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE"

EMPRESA		CENTRO DE TRABAJO	
COMISIÓN NO. REGISTRO	REGISTRO IMSS	R.F.C.	
DOMICILIO			
GIRO O ACTIVIDAD	NO. ACTA DE VERIFICACIÓN	FECHA DEL ACTA DE VERIFICACIÓN	
NO. DE TRABAJADORES	NO. DE TURNOS	HORARIO	

EN LA CIUDAD DE _____, SIENDO LAS _____ HORAS DEL DÍA _____ DEL _____, SE REUNIERON LOS INTEGRANTES DE LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE, PARA DAR CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 509 DE LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO Y A LOS ARTÍCULOS 124 Y 126 DEL REGLAMENTO FEDERAL DE SEGURIDAD E HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO, ASÍ COMO A LA NOM. 019-STPS-2004, ABIERTA LA SESIÓN SE DIO LECTURA AL ACTA INMEDIATA ANTERIOR, CORRESPONDIENTE AL MES DE _____ DE _____, REPORTÁNDOSE LOS AVANCES SIGUIENTES EN LAS OBSERVACIONES LEVANTADAS EN LOS RECORRIDOS ANTERIORES.

NO. DE OBSERVACIÓN	% DE AVANCE	NO. DE OBSERVACIÓN	% DE AVANCE

RIESGOS DE TRABAJO OCURRIDOS DURANTE EL MES:

NOMBRE DEL TRABAJADOR	TIPO DE ACCIDENTE Y LESIÓN PRODUCIDA

M

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



CURSOS Y PLÁTICAS IMPARTIDAS EN EL MES:

ACTIVIDADES DEL SERVICIO MÉDICO DURANTE EL MES:

OBSERVACIONES: _____

LA COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE, REALIZÓ EL RECORRIDO DE VERIFICACIÓN ORDINARIO, EN LAS INSTALACIONES QUE OCUPA EL CENTRO DE TRABAJO, NO ENCONTRÁNDOSE SITUACIONES ANÓMALAS QUE PONGAN EN RIESGO LA INTEGRIDAD FÍSICA DE LOS TRABAJADORES.

SE CIERRA LA PRESENTE ACTA A LAS _____ HORAS DEL DÍA _____ DEL MES DE _____ DE _____, ENVIÁNDOSE EL ORIGINAL AL COORDINADOR DE COMISIÓN DE SEGURIDAD E HIGIENE PARA QUE POR SU CONDUCTO SE SUPERVISE Y SE CORRIJAN LAS OBSERVACIONES LEVANTADAS.

CON BASE A PROGRAM DE RECORRIDOS DE VERIFICACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO, SE ACUERDA QUE LA PRÓXIMA REUNIÓN SERÁ EL DÍA _____.

INTEGRANTES DE LA COMISIÓN

COORDINADOR

SECRETARIO

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA

VOCALES

NOMBRE	FIRMA

[Handwritten marks and signatures]



		NORMAS QUE NO SE CUMPLEN (1)	ATENCIÓN PRIORIDAD	CUMPLIMIENTO DE AVANCE %
NO.	CONDICIÓN O ACTO INSEGURO			
	RECOMENDACIÓN			
	RESPONSABLE DE ATENDER LA RECOMENDACIÓN			
NO.	CONDICIÓN O ACTO INSEGURO			
	RECOMENDACIÓN			
	RESPONSABLE DE ATENDER LA RECOMENDACIÓN			

(1) SEÑALAR LA NOM. DE LA STPS QUE SE INCUMPLE

PRIORIDAD: A= ALTA B= MEDIA C= BAJA

[Handwritten signature and initials]



ANEXO 14
“CATÁLOGO DE EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SEGURIDAD”

DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD E HIGIENE
CATALOGO DE EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGURIDAD

A. EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL

1. CLASIFICACIÓN

1.1. PARA LAS MANOS

- GUANTES DE LONA
- GUANTES COMBINADOS
- GUANTES TIPO ELECTRICISTA
- GUANTES DE CARNAZA TIPO MECÁNICO
- GUANTES DE CARNAZA TIPO SOLDADOR
- GUANTES DE ASBESTO ALUMINIZADO
- GUANTES DE HULE NEGRO
- GUANTES DE HULE LÁTEX TIPO DOMESTICO
- GUANTES VINILEX VERDE CON REFUERZO
- GUANTES CONTRA ALTO VOLTAJE
- GUANTES MANGAS DE CARNAZA

1.2 PARA OJOS Y CARA

- LENTES DE SEGURIDAD
- LENTES CONTRA VAPORES
- CARETA
- GAFAS PARA SOLDAR (AUTÓGENA)
- YELMO PARA SOLDAR (ELÉCTRICA)

1.3 PARA LA CABEZA

- CUBRE PELO
- CACHUCHA ANTIGOLPE
- CASCO

1.4 PARA OÍDO

- TAPONES
- OREJERAS MEDIANA ABSORCIÓN
- OREJERAS ALTA ABSORCIÓN

1.5. SISTEMA RESPIRATORIO

- CUBRE BOCA
- MASCARILLA CONTRA POLVOS
- MASCARILLA CONTRA VAPORES ÁCIDOS Y SOLVENTE
- MASCARILLA CONTRA AMONIACO



**DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD E HIGIENE
CATALOGO DE EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGURIDAD**

<p>1.6 PARA LOS PIES</p> <ul style="list-style-type: none"> • BORCEGUÍ DIELECTRICO • BORCEGUÍ CONDUCTOR • BORCEGUÍ CON CASQUILLO • BOTA DE HULE BLANCA • POLAINAS DE CARNAZA <p>1.7 PARA EL CUERPO Y OTROS</p> <ul style="list-style-type: none"> • MANDIL DE HULE CONTRA ÁCIDOS • MANDIL DE CARNAZA • ARNÉS TIPO PARACAIDISTA • PORTA HERRAMIENTA TIPO ELECTRICISTA • FAJA DE SEGURIDAD • FAJA DE SEGURIDAD PIEL 														
<p>2. DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL</p> <p>PARA MANOS</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">NOMBRE DEL EQUIPO</th> <th style="width: 35%;">CARACTERÍSTICAS</th> <th style="width: 35%;">RIESGOS QUE PROTEGE Y LIMITACIONES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">2.1. GUANTES DE LONA</td> <td style="padding: 5px;">MATERIAL LONA O DRILL, PALMA Y PULGAR DOBLE, PUÑO DE RESORTE, COSTURAS OCULTAS</td> <td style="padding: 5px;">TRABAJO LIGERO EN MATERIALES CON FILO O ÁSPEROS, SIN ASTILLAS Y METÁLICOS, EVITAN LAS CORTADAS, AMPOLLAS Y ABRASIÓN LIGERA SOBRE LA PIEL, EVÍTESE SU USO AL MANEJAR LÍQUIDOS.</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">2.2. GUANTES COMBINADOS</td> <td style="padding: 5px;">PALMA DE CARNAZA SUAVE, DORSO DE LONA Y DRILL, PUÑO DE RESORTE Y COSTURAS OCULTAS.</td> <td style="padding: 5px;">TRABAJO SEMI-PESADOS, EN MATERIALES CON FILO EVITAN LAS CORTADAS, AMPOLLAS Y ABRASIÓN FUERTE SOBRE LA PIEL. EVÍTESE SU USO AL MANEJAR LÍQUIDOS DE CUALQUIER TIPO O CERCA DE MAQUINARIA EN MOVIMIENTO.</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">2.3. GUANTES TIPO ELECTRICISTA</td> <td style="padding: 5px;">TODO EN PIEL DE TERNERA, SUAVE Y LISA, PUÑO CORTO AJUSTADO A LOS DEDOS.</td> <td style="padding: 5px;">TRABAJO SEMI-PESADOS, EN MOTORES Y MATERIALES ELÉCTRICOS EVÍTESE EN USO AL MANEJAR LÍQUIDOS DE CUALQUIER TIPO, EVITA LAS CORTADAS, ABRASIONES Y EL PASO DE CORRIENTE ELÉCTRICA DE BAJO VOLTAJE.</td> </tr> </tbody> </table>			NOMBRE DEL EQUIPO	CARACTERÍSTICAS	RIESGOS QUE PROTEGE Y LIMITACIONES	2.1. GUANTES DE LONA	MATERIAL LONA O DRILL, PALMA Y PULGAR DOBLE, PUÑO DE RESORTE, COSTURAS OCULTAS	TRABAJO LIGERO EN MATERIALES CON FILO O ÁSPEROS, SIN ASTILLAS Y METÁLICOS, EVITAN LAS CORTADAS, AMPOLLAS Y ABRASIÓN LIGERA SOBRE LA PIEL, EVÍTESE SU USO AL MANEJAR LÍQUIDOS.	2.2. GUANTES COMBINADOS	PALMA DE CARNAZA SUAVE, DORSO DE LONA Y DRILL, PUÑO DE RESORTE Y COSTURAS OCULTAS.	TRABAJO SEMI-PESADOS, EN MATERIALES CON FILO EVITAN LAS CORTADAS, AMPOLLAS Y ABRASIÓN FUERTE SOBRE LA PIEL. EVÍTESE SU USO AL MANEJAR LÍQUIDOS DE CUALQUIER TIPO O CERCA DE MAQUINARIA EN MOVIMIENTO.	2.3. GUANTES TIPO ELECTRICISTA	TODO EN PIEL DE TERNERA, SUAVE Y LISA, PUÑO CORTO AJUSTADO A LOS DEDOS.	TRABAJO SEMI-PESADOS, EN MOTORES Y MATERIALES ELÉCTRICOS EVÍTESE EN USO AL MANEJAR LÍQUIDOS DE CUALQUIER TIPO, EVITA LAS CORTADAS, ABRASIONES Y EL PASO DE CORRIENTE ELÉCTRICA DE BAJO VOLTAJE.
NOMBRE DEL EQUIPO	CARACTERÍSTICAS	RIESGOS QUE PROTEGE Y LIMITACIONES												
2.1. GUANTES DE LONA	MATERIAL LONA O DRILL, PALMA Y PULGAR DOBLE, PUÑO DE RESORTE, COSTURAS OCULTAS	TRABAJO LIGERO EN MATERIALES CON FILO O ÁSPEROS, SIN ASTILLAS Y METÁLICOS, EVITAN LAS CORTADAS, AMPOLLAS Y ABRASIÓN LIGERA SOBRE LA PIEL, EVÍTESE SU USO AL MANEJAR LÍQUIDOS.												
2.2. GUANTES COMBINADOS	PALMA DE CARNAZA SUAVE, DORSO DE LONA Y DRILL, PUÑO DE RESORTE Y COSTURAS OCULTAS.	TRABAJO SEMI-PESADOS, EN MATERIALES CON FILO EVITAN LAS CORTADAS, AMPOLLAS Y ABRASIÓN FUERTE SOBRE LA PIEL. EVÍTESE SU USO AL MANEJAR LÍQUIDOS DE CUALQUIER TIPO O CERCA DE MAQUINARIA EN MOVIMIENTO.												
2.3. GUANTES TIPO ELECTRICISTA	TODO EN PIEL DE TERNERA, SUAVE Y LISA, PUÑO CORTO AJUSTADO A LOS DEDOS.	TRABAJO SEMI-PESADOS, EN MOTORES Y MATERIALES ELÉCTRICOS EVÍTESE EN USO AL MANEJAR LÍQUIDOS DE CUALQUIER TIPO, EVITA LAS CORTADAS, ABRASIONES Y EL PASO DE CORRIENTE ELÉCTRICA DE BAJO VOLTAJE.												

M

Handwritten signature and scribbles

Handwritten signature



**DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD E HIGIENE
CATALOGO DE EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGURIDAD**

NOMBRE DEL EQUIPO	CARACTERÍSTICAS	RIESGOS QUE PROTEGE Y LIMITACIONES
2.4. GUANTES DE CARNAZA TIPO MECÁNICO	TODO EN CARNAZA, PUÑO GRANDE DE PIEL 290 MM DE LARGO, COSTURAS VISIBLES.	TRABAJO PESADOS EN REPARACIÓN DE MAQUINARIA EVITANDO CORTADAS Y ABRASIONES SOBRE LA PIEL, DISMINUYE LOS EFECTOS DE GOLPES LEVES, EVÍTESE SU USO EN EL MANEJO DE LÍQUIDOS, EN EL ENSAMBLE DE PIEZAS PEQUEÑAS Y CERCA DE MAQUINARIA EN MOVIMIENTO.
2.5. GUANTES DE CARNAZA TIPO SOLDADOR	TODO EN CARNAZA, PUÑO GRANDE DE PIEL 350 MM DE LARGO, COSTURAS VISIBLES.	TRABAJO PESADOS EN REPARACIÓN DE MAQUINARIA Y MANEJO DE LAMINA Y PLACA, EVITA CORTADAS, ABRASIONES Y QUEMADURAS POR CHISPAS EN EL CORTE Y SOLDADURA DE METALES, EVÍTESE SU USO EN EL MANEJO DE LÍQUIDOS Y CERCA DE MAQUINARIA EN MOVIMIENTO, AUXILIARES DE PINZAS PARA SOLDADURA DE PIEZAS PEQUEÑAS.
2.6. GUANTES DE ASBESTO ALUMINIZADO	FABRICADO EN ASBESTO ALUMINIZADO, EXTERIOR FORRO DE FRANELA, PUÑO AMPLIO, LARGO DE 350 MM.	TRABAJO CON MATERIALES CALIENTES QUE DIFÍCILMENTE PUEDAN TOMARSE CON PINZAS Y QUE SE ENCUENTRAN A 100° C O MÁS DE TEMPERATURA, EVÍTESE SU USO EN MATERIALES LÍQUIDOS, SE AUTORIZA SU USO COLECTIVO (POR EJEMPLO: UN PAR DE GUANTES POR CADA LABORATORIO).
2.7. GUANTES DE HULE NEGRO	TODO EN HULE NEGRO NEOPRENO, VARIAS TALLAS, 350 MM. DE LARGO.	TRABAJO DE LIMPIEZA EN GENERAL, PRODUCTOS QUÍMICOS DISUELTOS CON POCA ACIDEZ O ALCALINIDAD, EVÍTESE EL CONTACTO CON LÍQUIDOS CALIENTES POR ENCIMA DE LOS 40° C.
2.8. GUANTES DE HULE LÁTEX TIPO DOMÉSTICO	TODO EN HULE, PALMA ASTRIADA AJUSTADOS, VARIAS TALLAS, 230 MM. DE LARGO.	TRABAJO DE LIMPIEZA DE OFICINA Y MATERIAS DE LABORATORIO. EVÍTESE EL CONTACTO CON MATERIALES CALIENTES POR ENCIMA DE LOS 30° C.
2.9. GUANTES VINILEX VERDE CON REFUERZO	MATERIAL VINIL, REFUERZO DE FRANELA AFELPADA INTERIOR, PALMA ASTRIADA, 350MM. DE LARGO	MANEJO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS LÍQUIDAS EN CONCENTRACIONES ALTAS DE ÁCIDOS, EVÍTESE EL CONTACTO CON MATERIALES CALIENTES POR ENCIMA DE LOS 60°C.

M

Handwritten signature and scribbles on the right margin.

3

Handwritten signature at the bottom right.



**DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD E HIGIENE
CATALOGO DE EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGURIDAD**

NOMBRE DEL EQUIPO	CARACTERÍSTICAS	RIESGOS QUE PROTEGE Y LIMITACIONES
2.10. GUANTES CONTRA ALTO VOLTAJE	TODO EN HULE DIELECTRICO, RESISTENCIA 2, 000 VOLTS.	PARA DESCONECTAR SUBESTACIONES Y TABLEROS ENERGETIZADOS.
2.11. MANGAS DE CARNAZA	FABRICADAS TODAS EN CARNAZA.	PROTEGE CONTRA QUEMADURAS EN BRAZOS Y ANTEBRAZOS, PROVOCADAS POR CHISPAS AL SOLDAR
PARA OJOS Y CARA		
2.12. LENTES DE SEGURIDAD	CRISTAL ENDURECIDO TÉRMICO, ARMAZÓN DE PLÁSTICO, PROTECCIÓN LATERAL COMPLETA.	TRABAJOS DE ESMERILADO, PULIDO Y EN DONDE SE DESPRENDAN PARTÍCULAS METÁLICAS O FILOSAS QUE PUEDAN INCRUSTARSE EN LOS OJOS.
2.13. LENTES CONTRA VAPORES	ACCESORIOS FLEXIBLES, VENTILACIÓN INDIRECTA Y ENCAPUCHADA, MICA INTERCAMBIABLE.	TRABAJOS CON PRODUCTOS QUÍMICOS EN SOLUCIÓN CON BAJO GRADO DE ALCALINIDAD O ACIDEZ, EN LOS CUALES PUEDE EXISTIR EL RIESGO DE SALPICADURAS.
2.14. CARETA	MICA O ACETATO, BORDE METÁLICO, DESMONTABLE, 4 BROCHES, CABEZAL UNIVERSAL, AJUSTE A LA CABEZA REGULABLE.	TRABAJOS CON PRODUCTOS QUÍMICOS REGULARES GRADOS DE ACIDEZ O ALCALINIDAD QUE PUEDEN AFECTAR LA PIEL. SE USA EN COMBINACIÓN CON LENTES CONTRA VAPOR PARA SUSTANCIAS.
2.15. GAFAS PARA SOLDAR (AUTÓGENA)	VENTILACIÓN INDIRECTA, CRISTAL O SOMBRAS CRISTAL TRANSPARENTE SOBREPUESTO, CRISTAL 2ª.	TRABAJO DE SOLDADURA AUTÓGENA (OXIACETILÉNO), DONDE PRODUCEN RAYOS INFRARROJOS Y CHISPAS QUE PUEDAN DAÑAR OS OJOS.
2.16. YELMO PARA SOLDAR (ELÉCTRICA)	CABEZAL UNIVERSAL, FIBRA DE VIDRIO, CRISTAL 12 SOMBRAS, CRISTAL CLARO SOBREPUESTO.	TRABAJO DE SOLDADURA ELÉCTRICA EN LOS QUE SALTAN CHISPAS Y ESCORIA MUY CALIENTE Y SE GENERAN RAYOS ULTRAVIOLETA QUE DAÑAN LA RETINA DEL OJO.
PARA LA CABEZA		
2.17. CUBRE CABELLO	TELA SINTÉTICA DESECHABLE	EVITA, EN PARTE, LA CONTAMINACIÓN AL PRODUCTO.



**DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD E HIGIENE
CATALOGO DE EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGURIDAD**

NOMBRE DEL EQUIPO	CARACTERÍSTICAS	RIESGOS QUE PROTEGE Y LIMITACIONES
2.18. CACHUCHA ANTIGOLPE	MATERIAL PLÁSTICO, SOPORTE LIVIANO.	CASCO LIGERO, EVITA LESIONES EN GOLPES CONTRA TUBERÍAS Y MAQUINARIA, EVITA QUE EL CABELLO HAGA CONTACTO CON MAQUINARIA EN MOVIMIENTO O EQUIPO ELÉCTRICO ENERGIZADO.
2.19. CASCO	FIBRA DE VIDRIO, VISERA AL FRENTE TIPO ELECTRICISTA, SOPORTE REFORZADO.	PROTECCIÓN CONTRA OBJETOS QUE CAEN Y GOLPES CONTRA TUBERÍAS Y MAQUINARIA.
PARA OÍDOS		
2.20. TAPONES	MATERIAL PLÁSTICO, PENETRACIÓN CORTA, 20 DBA.	PROTECCIÓN CONTRA RUIDOS DE 80 A 100 DECIBELES EN EXPOSICIONES DE 9 HRS.
2.21. OREJERAS MEDIANA ABSORCIÓN	MATERIAL PLÁSTICO, SOPORTE TRASERO (NUCA) 40 DBA DE ABSORCIÓN EN 1000 C.P.S., CONCHA DOBLE ACOJINAMIENTO DESMONTABLE.	PROTECCIÓN CONTRA RUIDOS DE 120 A 130 DECIBELES EN EXPOSICIONES DE 9 HRS. O HASTA 140 DECIBELES EN 4 EXPOSICIONES POR JORNADA DE 15 MIN. MÁXIMO CADA UNA Y SEPARADAS POR DESCANSOS DE 60 MINUTOS COMO MÍNIMO. NO SE RECOMIENDA COMBINARLO CON TAPONES.
2.22. OREJERAS CON LATA ABSORCIÓN	MATERIAL PLÁSTICO, SOPORTE TRASERO (NUCA) 40 DBA DE ABSORCIÓN EN 1000 C.P.S., CONCHA DOBLE ACOJINAMIENTO DESMONTABLE.	PROTECCIÓN CONTRA RUIDOS DE 120 A 130 DECIBELES EN EXPOSICIONES DE 9 HRS. O HASTA 140 DECIBELES EN 4 EXPOSICIONES POR JORNADA DE 15 MIN. MÁXIMO CADA UNA Y SEPARADAS POR DESCANSOS DE 60 MINUTOS COMO MÁXIMO. NO SE RECOMIENDA COMBINARLO CON TAPONES.
2.23. CUBRE BOCA	MATERIAS SINTÉTICO DESECHABLE	SE UTILIZA PARA DISMINUIR LA VELOCIDAD DE SALIDA DEL AIRE DE LA BOCA Y RETENER LAS PARTÍCULAS QUE SALEN DE SALIVA Y EVITAR CONTAMINACIONES AL PRODUCTO.

3



**DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD E HIGIENE
CATALOGO DE EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGURIDAD**

NOMBRE DEL EQUIPO	CARACTERÍSTICAS	RIESGOS QUE PROTEGE Y LIMITACIONES
PARA EL SISTEMA RESPIRATORIO		
2.24. MASCARILLA CONTRA POLVOS	MASCARILLA PORTÁTIL CON FILTRO INTERCAMBIABLE Y CORREA AJUSTABLE.	SE UTILIZA PARA EVITAR LA INHALACIÓN DE POLVOS QUE PUEDEN PRODUCIR DAÑOS A LOS PULMONES, AL MISMO TIEMPO QUE SE EVITAN LAS CONTAMINACIONES AL PRODUCTO MENCIONADAS EN EL CUBRE BOCA, POR SALIDAS DE PARTÍCULAS DE SALIVA, SUS FILTROS DEBEN SER CAMBIADOS CUANDO ESTÉN SATURADOS DE POLVO.
2.25. MASCARILLA CONTRA VAPORES ÁCIDOS Y LÍQUIDOS ORGÁNICOS.	MASCARILLA PORTÁTIL CON FILTROS INTERCAMBIABLES.	SE UTILIZA DURANTE EL MANEJO DE LÍQUIDOS QUE DESPRENDAN VAPORES ÁCIDOS O SOLVENTES PARA EVITAR INTOXICACIONES. SUS FILTROS DEBEN SER CAMBIADOS CUANDO ESTÉN SATURADOS DE OLORES.
2.26. MASCARILLA MEDIA CARA CONTRA AMONIACO	MASCARILLA PORTÁTIL CON FILTROS INTERCAMBIABLES CONTRA AMONIACO	SE UTILIZA DURANTE EL MANEJO DE LÍQUIDOS QUE DESPRENDAN VAPORES ÁCIDOS O SOLVENTES PARA EVITAR INTOXICACIONES. SUS FILTROS DEBEN SER CAMBIADOS CUANDO ESTÉN SATURADOS DE OLORES DE AMONIACO.
PARA PIES		
2.27. BORCEGUÍ SIN CASQUILLO (DIELÉCTRICO)	CORTE DE TERNERA, SUELA ANTIDERRAPANTE VULCANIZADA, SIN CLAVOS, SIN OJILLOS, SIN CASQUILLO.	SE UTILIZA PARA DISMINUIR LOS EFECTOS DE UN SHOCK ELÉCTRICO, PROPIO PARA ELECTRICISTAS.
2.28. BORCEGUÍ SIN CASQUILLO (CONDUCTOR)	CORTE DE TERNERA, SUELA DE CUERO.	SE UTILIZA PARA DESCARGAR LA ELECTRICIDAD ESTÁTICA Y EVITAR QUE LAS CHISPAS PRODUZCAN INCENDIOS. PROPIA PARA PINTORES, EN ESPECIAL LOS QUE UTILIZAN PISTOLA DE AIRE COMPRIMIDO.
2.29. BORCEGUÍ CON CASQUILLO	CORTE DE TERNERA, SUELA DE CUERO, CASQUILLO DE ACERO.	LO DEBE UTILIZAR EL PERSONAL QUE POR SUS ACTIVIDADES MANEJE MATERIALES METÁLICOS CON PERO SUPERIOR A LOS 10 KGS.



**DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD E HIGIENE
CATALOGO DE EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGURIDAD**

NOMBRE DEL EQUIPO	CARACTERÍSTICAS	RIESGOS QUE PROTEGE Y LIMITACIONES
2.30. BOTAS DE HULE BLANCA	CORTE DE HULE BLANCO, SUELA ANTIDERRAPANTE	DEBERÁ USARSE EN LAS ACTIVIDADES DE LIMPIEZA Y EN AQUELLAS EN LAS QUE EL EMPLEO DEL AGUA REPRESENTA UNA NECESIDAD.
2.31. POLAINAS DE CARNAZA	FABRICADAS TOTALMENTE EN CARNAZA.	PROTEGEN CONTRA QUEMADURAS EN PIES Y PIERNAS, DEBIDAS A CHISPA ORIGINADAS POR SOLDADURAS.
PARA EL CUERPO Y OTROS		
2.32. MANDIL DE HULE CONTRA ÁCIDOS.	LARGO 1.1. MTS. TIRANTES SELLADOS.	PROTECCIÓN CONTRA QUEMADURAS EN EL CUERPO AL MANEJAR SUSTANCIAS CORROSIVAS, YA SEAN ACIDAS O ALCALINAS.
2.33. MANDIL DE CARNAZA	TODO EN CARNAZA.	PROTECCIÓN CONTRA QUEMADURAS EN ROPA Y CUERPO, DEBIDAS A CHISPAS ORIGINADAS POR SOLDADURA.
2.34. ARNÉS TIPO PARACAIDISTA	FABRICADO CON CINTAS DE NYLON TEJIDO CON DOBLE ARNÉS, TIRANTES EN HOMBROS Y PIERNAS Y ANILLO PARA SUSPENDER LA LÍNEA DE CABLE CON GANCHOS.	DEBERÁ USARLO TODO EL PERSONAL QUE TRABAJE EN ALTURAS, YA SEAN EN TECHOS O ESCALERAS FIJAS O PORTABLES Y EN TRABAJOS A MÁS DE 3 MTS. DE ALTURA.
2.35. PORTA HERRAMIENTA TIPO ELÉCTRICA	FABRICADO EN CUERO CON VARIOS COMPARTIMENTOS.	DEBERÁN USARLO LOS TRABAJADORES QUE OCUPEN HERRAMIENTAS EN ALTURAS TALES COMO ELECTRICISTAS Y MECÁNICOS.
2.36. FAJA DE SEGURIDAD	FABRICADA CON HILOS DE ALGODÓN ENTRETEJIDOS.	PROTEGE CONTRA DESGARRES DE TEJIDOS MUSCULARES A PERSONAS QUE EFECTÚAN CONSTANTEMENTE ESFUERZOS FÍSICOS EN EL MANEJO Y CARGA DE MATERIALES.
2.37. FAJA DE SEGURIDAD PIEL	FABRICADA EN CUERO.	PROTEGE CONTRA ESGUINCE LUMBAR A PERSONAS QUE EFECTÚAN TRABAJOS DE CARGA Y DESCARGA DE MATERIAS.



**DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD E HIGIENE
CATALOGO DE EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGURIDAD**

B. EQUIPO DE SEGURIDAD

1. CLASIFICACIÓN

1.1. EQUIPO CONTRA INCENDIO

- CHAQUETÓN PARA BOMBERO
- PANTALÓN PARA BOMBERO
- TIRANTES PARA PANTALÓN DE BOMBERO
- CASCO PARA BOMBERO PROFESIONAL
- BOTAS CORTAS PARA BOMBERO
- GUANTES PARA BOMBERO DE CARNAZA
- HACHA PICO PARA BOMBERO
- GABINETE METÁLICO PARA EQUIPO DE BOMBERO
- GABINETE METÁLICO PARA EQUIPO DE EMERGENCIA
- EXTINTOR EN POLVO QUÍMICO SECO (ABC)
- EXTINTOR DE DIÓXIDO DE CARBONO
- EXTINTOR DE GAS HALON (1211)

1.2. EQUIPO PARA BRIGADISTA

- CHALECO IDENTIFICADOR
- CACHUCHA IDENTIFICADORA
- BRAZALETE
- LÁMPARA SORDA ANTICHISPA DE PILAS
- SILBATO
- HACHA PICO PARA BOMBERO
- CINTA DE BARRICADA (3 ½")

1.3. EQUIPO PARA PRIMEROS AUXILIOS

- BOTIQUÍN PARA PRIMEROS AUXILIOS
- BOTIQUÍN PORTÁTIL DE PLÁSTICO
- CAMILLA PLEGADIZA

1.4. EQUIPO DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN CIVIL

- MEGÁFONOS
- SISTEMA DE ALERTAMIENTO ELÉCTRICO Y/O MANUAL
- LÁMPARAS DE EMERGENCIA
- DETECTORES DE HUMO Y CALOR
- MÁSCARILLA DE CARA COMPLETA, PROTECCIÓN CONTRA AMONIACO Y OTROS POLVOS TÓXICOS.



**DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD E HIGIENE
CATALOGO DE EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGURIDAD**

2. DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL

NOMBRE DEL EQUIPO	CARACTERÍSTICAS	RIESGOS QUE PROTEGE Y LIMITACIONES
EQUIPO CONTRA-INCENDIO		
2.1. CHAQUETÓN PARA BOMBERO	FABRICADO EN SU CAPA EXTERIOR EN TELA NOMEMX III ARAMID DE 7.5 02/yd2 BARRERA CONTRA VAPORES DE NEOPRENO.	PERMITE HACER FRENTE A UN CONATO DE INCENDIO, EVITA QUEMADURAS Y EL CONTACTO CON MAQUINARIA Y EQUIPO ENERGIZADO.
2.2. PANTALÓN PARA BOMBERO	FABRICADO EN SU CAPA EXTERIOR EN TELA NOMEMX III ARAMID DE 7.5 02/yd2 BARRERA CONTRA VAPORES DE NEOPRENO.	PERMITE HACER FRENTE A UN CONATO DE INCENDIO, EVITA QUEMADURAS Y EL CONTACTO CON MAQUINARIA Y EQUIPO ENERGIZADO.
2.3. TIRANTES PARA PANTALÓN DE BOMBERO	FABRICADO EN MATERIAL ELÁSTICO DE 1 ½ DE ANCHO CON OCHO BOTONES	SOSTIENE EL PANTALÓN DE BOMBERO, PERMITIENDO MAYOR SOPORTE Y COMODIDAD.
2.4. CASCO PARA BOMBERO	FABRICADO EXTERIORMENTE EN PPC-LEXAN, CON CAPA INTERIOR DE FCAM DE ALTA DENSIDAD, PROTECTOR FACIAL DE CUELLO Y OÍDOS, BARBIQUEJO Y CINTAS ANTI REFLEJANTES.	CONTRA OBJETOS QUE CAEN Y GOLPES, EVITA QUE EL CABELLO TENGA CONTACTO CON MAQUINARIA Y EQUIPO ELÉCTRICO ENERGIZADO.
2.5. BOTAS CORTAS PARA BOMBERO	FABRICADA EN POLY-RUBBER , CON CAPA INTERIOR REFORZADA DE (PROTECCIÓN TÉRMICA), CON CASQUILLO Y PLANTILLA DE ACERO INOXIDABLE.	EN UN CONATO DE INCENDIO, PROTEGE LOS PIES DE LAS FLAMAS, CALOR, RIESGOS ELÉCTRICOS CORROSIÓN, PERFORACIONES, ABRASIONES Y AGUA.
2.6. GUANTE PARA BOMBERO DE CARNAZA	FABRICADO EN PIEL DE CARNAZA TRAZADA PARA AGUANTAR EL CALOR INTERIOR CON BARRERA CONTRA VAPORES Y CARA DE INSULACIÓN DE LANA.	TRABAJO PESADO EN CASO DE CONATO DE INCENDIO. EVITA CORTADAS, ABRASIONES Y QUEMADURAS.



**DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD E HIGIENE
CATALOGO DE EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGURIDAD**

NOMBRE DEL EQUIPO	CARACTERÍSTICAS	RIESGOS QUE PROTEGE Y LIMITACIONES
2.7. HACHA-PICO PARA BOMBERO	FABRICADA EN MADERA Y ACERO, CON UN PESO DE 2 ¼ LIBRAS.	EN CONATO DE INCENDIO, PERMITE ROMPER VIDRIO, MADERA Y METAL.
2.8. EXTINTOR DE POLVO QUÍMICO SECO (ABC)	FABRICADO EN CILINDRO DE ACERO, CON RECUBRIMIENTO ANTICORROSIVO, VÁLVULAS METÁLICAS Y MANÓMETRO A PESAR DE SER LÍQUIDO AL DESCARGARSE SE CONVIERTE EN PEQUEÑAS PARTÍCULAS BLANCAS	OFRECE PROTECCIÓN CONTRA RIESGO DE FUEGO, EN INCENDIOS CLASE A, B Y C (MADERA, PAPEL, PLÁSTICO, LÍQUIDOS INFLAMABLES Y FUEGOS ELÉCTRICOS) DEJA RESIDUOS.
2.9. EXTINTOR DE BIÓXIDO DE CARBONO (CO2).	FABRICADO EN CILINDRO DE ALUMINIO, RECUBIERTO CON CAPA ANTICORROSIVA, VÁLVULAS DE BRONCE FORJADO CON ACABADO CROMADO. A PESAR DE SER LÍQUIDO, AL DESCARGARSE SE CONVIERTE COMO EN COPOS DE NIEVE.	OFRECE PROTECCIÓN CONTRA EL RIESGO DE FUEGO, PARA INCENDIOS CLASE B Y C (LÍQUIDOS Y GASES FLAMEABLES Y FUEGOS ELÉCTRICOS), DEJA RESIDUOS.
2.10. EXTINTOR DE GAS HALÓN (1211)	FABRICADO EN CILINDRO DE ACERO, CON RECUBIERTO ANTICORROSIVO, VÁLVULAS METÁLICAS Y MANÓMETRO. ES UN AGENTE LÍQUIDO-VAPOR TRANSPARENTE.	OFRECE PROTECCIÓN CONTRA EL RIESGO DE FUEGO, EN INCENDIOS ABC (ESPECIALMENTE PARA EQUIPO ELÉCTRICOS Y ESPECIALIZADO, NO DEJA RESIDUOS.
EQUIPO PARA BRIGADISTAS		
2.11. GABINETE METÁLICO PARA EQUIPO DE BOMBERO	FABRICADO EN LAMINA NEGRA, ESMALTADO EN COLOR ROJO, CON VIDRIO, MEDIDAS DE 170x60x40 CMS.	RESGUARDAR Y PROTEGER EL EQUIPO COMPLETO DE BOMBERO.
2.12. GABINETE METÁLICO PARA EQUIPO DE EMERGENCIA	FABRICADO EN LAMINA NEGRA, ESMALTADO EN COLOR ROJO, CON VIDRIO, MEDIDAS DE 170x35x21 CMS.	RESGUARDAR Y PROTEGER EL EQUIPO DE SEGURIDAD (LÁMPARAS, HACHA, PICO, CASCO, ETC.)



**DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD E HIGIENE
CATALOGO DE EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGURIDAD**

NOMBRE DEL EQUIPO	CARACTERÍSTICAS	RIESGOS QUE PROTEGE Y LIMITACIONES
2.13. CHALECO IDENTIFICADOR	FABRICADO EN GABARDINA DE COLORES ROJO, VERDE Y AZUL.	IDENTIFICAR A LOS BRIGADISTAS EN CASO DE UNA CONTINGENCIA.
2.14. CACHUCHA IDENTIFICADORA	FABRICADO EN GABARDINA DE COLORES ROJO, VERDE Y AZUL, CON BANDA AJUSTABLE.	IDENTIFICAR A LOS BRIGADISTAS EN CASO DE UNA CONTINGENCIA.
2.15. BRAZALETE	FABRICADO EN VINIL 100% EN COLORES ROJO, VERDE Y AZUL.	IDENTIFICAR A LOS BRIGADISTAS EN CASO DE UNA CONTINGENCIA.
2.16. LÁMPARA SORDA ANTICHISPA	LÁMPARA DE SEGURIDAD DE TRES BATERÍAS PARA USO EN ATMOSFERA PELIGROSA (VAPORES Y GASES FLAMABLES Y PELIGROSOS).	EN CASO DE CONTINGENCIA QUE ORIGINE INTERRUPCIÓN DE LA ENERGÍA ELÉCTRICA PERMITE A LOS BRIGADISTAS DAR SEÑALES INDICATIVAS DE EVACUACIÓN O DE PELIGRO.
2.17. SILBATO	FABRICADO EN METAL.	EN CASO DE CONTINGENCIA PERMITE A LOS BRIGADISTAS DAR AVISO O ALERTAMIENTO.
2.18. CINTA DE BARRICADA	FABRICADO EN POLIETILENO DE COLOR AMARILLO O ANARANJADO DE 3½" DE ANCHO, CON LEYENDA "PELIGRO NO PASE".	EN CASO DE CONTINGENCIA PERMITE A LOS BRIGADISTAS LIMITAR EL PASO A LAS ÁREAS DE RIESGO.
EQUIPO PARA PRIMEROS AUXILIOS		
2.19. BOTIQUÍN FIJO METÁLICO	FABRICADO EN LAMINA METÁLICA ESMALTADO EN COLOR BLANCO CON VIDRIO.	RESGUARDAR Y PROTEGER EL MATERIAL DE CURACIÓN Y MEDICAMENTOS DE PRIMEROS AUXILIOS.
2.20. BOTIQUÍN PORTÁTIL DE PLÁSTICO	CAJA TIPO PESCADOR, CON COMPARTIMIENTOS, FABRICADO EN PLÁSTICO DURO RESISTENTE, CON AGARRADERA.	RESGUARDAR Y PROTEGER EL MATERIAL DE CURACIÓN Y MEDICAMENTOS DE PRIMEROS AUXILIOS, EN CASO DE CONTINGENCIA PERMITE SU TRASLADO.

3 2. J



**DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD E HIGIENE
CATALOGO DE EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGURIDAD**

NOMBRE DEL EQUIPO	CARACTERÍSTICAS	RIESGOS QUE PROTEGE Y LIMITACIONES
2.21. CAMILLA PLEGADIZA	FABRICADA CON ARMAZÓN DE TUBO DE ALUMINIO DE 1" CON BISAGRAS, TELA PLASTIFICADA RESISTENTE A LA HUMEDAD Y CORREAS PARA SUJETAR AL PACIENTE.	EN CASO DE UNA CONTINGENCIA PERMITE LE TRASLADO SEGURO Y RÁPIDO DEL LESIONADO.
EQUIPO DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN ESPECIAL		
2.22. MEGÁFONOS	ALTO-PARLANTE LIGERO ELECTRÓNICO, FABRICADO EN PLÁSTICO RESISTENTE A IMPACTOS Y A FLAMAS, DE 1.40 KG DE PESO Y DE BATERÍAS (16 WATTS).	EN CASO DE UNA CONTINGENCIA PERITE A LOS BRIGADISTAS TRANSMITIR DE FORMA CLARA LOS PROCEDIMIENTOS DE ACTIVACIÓN A SEGUIR.
2.23. SISTEMA DE ALERTAMIENTO ELECTRÓNICO Y/O MANUAL	EQUIPO ELECTRÓNICO DE SIRENAS, CHICHARAS, TIMBRES, ALTAVOCES Y CAMPANAS CON TABLERO DE CONTROL.	PERMITE CONTAR CON UN SISTEMA SONORO DE ALERTAMIENTO EN CASO DE PRESENTARSE UNA CONTINGENCIA.
2.24. LÁMPARA DE ENERGÍA	LÁMPARA DE 33 WATTS, ENCIENDE AUTOMÁTICAMENTE SUS DOS TUBOS DE 15 WATTS AL HABER AUSENCIA DE ENERGÍA ELÉCTRICA; BATERÍA SELLADA; TIEMPO DE ILUMINACIÓN 6 HORAS; CON DIMENSIÓN DE: 49.5x14.5x12.2. CMS.	EN CASO DE CONTINGENCIA OFRECE DE MANERA RÁPIDA MANTENER LOS ESPACIOS ILUMINADOS ANTE LA FALTA DE ENERGÍA ELÉCTRICA.
2.25. DETECTOR DE HUMO Y/O CALOR	SENSORES ELECTRÓNICOS QUE PROPORCIONAN DE MANERA VISUAL (LUZ) Y AUDITIVA (SONIDO), SEÑALES DE ALERTAMIENTO A TRAVÉS DE UN TABLERO DE CONTROL Y DE UNA CHICHARA O CAMPANA.	OFRECE PROTECCIÓN ANTE LA EVENTUALIDAD DE FUEGO, PERMITE DETECTAR DE MANERA RÁPIDA CUANDO EN UN ÁREA SE PRESENTA ELEVACIÓN DE TEMPERATURA Y/O HUMO.



**DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD E HIGIENE
CATALOGO DE EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGURIDAD**

NOMBRE DEL EQUIPO	CARACTERÍSTICAS	RIESGOS QUE PROTEGE Y LIMITACIONES
2.26. MASCARILLA DE CARA COMPLETA (PROTECCIÓN CONTRA AMONIACO Y OTROS POLVOS TÓXICOS)	FABRICADA EN SILICÓN, CON DOBLE PORTAFOLIOS COLOCADOS LATERALMENTE PARA CARTUCHOS Y FILTROS MECÁNICOS, MICA DE POLICARBONATO CON CAPA ANTIRRAYADO Y ANTIEMPAÑANTE SUJETADA CON UN RETENEDOR TERMOPLÁSTICO.	BRINDA PROTECCIÓN CONTRA AMONIACO Y OTROS CONTAMINANTES RESPIRATORIOS MEDIANTE LOS CARTUCHOS QUÍMICOS O FILTROS MECÁNICOS ELIMINA EL AIRE INHALADO Y LOS AGENTES QUÍMICOS CONTAMINANTES.

M

3
/

A



**DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD E HIGIENE
CATALOGO DE EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL SEGURIDAD**

2. EQUIPAMIENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y SEGURIDAD

DISPOSICIONES GENERALES

1. EN CADA CENTRO DE TRABAJO SE DEBERÁ DOTAR A LOS TRABAJADORES DEL EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE SEA NECESARIO PARA LA REALIZACIÓN DE SUS LABORES EN FORMA SEGURA.
2. EN CADA CENTRO DE TRABAJO SE DEBERÁ CONTAR CON EL EQUIPO DE SEGURIDAD Y ALERTAMIENTO NECESARIO, CONSIDERANDO EL NÚMERO DE TRABAJADORES, LA NATURALEZA DE LA ACTIVIDAD DESEMPEÑADA, LAS CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DEL INMUEBLE Y SU UBICACIÓN GEOGRÁFICA.
3. EL EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL A UTILIZAR EN CADA PUESTO DE TRABAJO ES OBLIGATORIO Y SE DEBERÁ UBICAR EN EL CATALOGO DE EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DE SEGURIDAD QUE SE ENCUENTRA ANEXO A ESTE DOCUMENTO.
4. EL SUPERVISOR, EL JEFE DIRECTO DEL TRABAJADOR Y/O EL TITULAR DEL ÁREA DE SEGURIDAD E HIGIENE Y PROTECCIÓN CIVIL, SERÁN RESPONSABLES DE INDICAR AL TRABAJADOR LA NECESIDAD Y OBLIGATORIEDAD DEL USO DEL EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL, Y SE REPORTARÁ A FIN DE EVITAR EXTRAVÍOS Y ROBOS DEL EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL.
5. EVITAR EXTRAVÍOS Y ROBOS DEL EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL, DEBERÁ SER MARCADO CON EL NÚMERO DE NÓMINA DEL TRABAJADOR.
6. LA REPOSICIÓN DEL EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL SE HARÁ MEDIANTE EL CAMBIO DEL EQUIPO DESGASTADO, VERIFICANDO EL NÚMERO DE NOMINA IMPRESO Y DESTRUYÉNDOLO PARA EVITAR UN POSIBLE MAL USO.
7. EL EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL, QUE POR SU COSTO Y POCA FRECUENCIA DE USO, PREVIA AUTORIZACIÓN DEL SUPERVISOR O DEL JEFE DIRECTO DEL TRABAJADOR PODRÁ SER UTILIZADO POR UNO O VARIOS TRABAJADORES, COMO ES EL CASO DEL EQUIPO QUE SE DETALLA A CONTINUACIÓN:
 - GUANTES DE ASBESTO ALUMINIZADO
 - GUANTES VINILEX VERDE CON REFUERZO
 - CARETA
 - YELMO PARA SOLDAR
8. NO PODRÁ SER UTILIZADO POR DOS PERSONAS AQUEL EQUIPO EN EL QUE EXISTE PELIGRO DE CONTAGIO DE ENFERMEDADES, TALES COMO:
 - CUBRE PELO
 - CUBRE BOCA
 - TAPONES PARA LOS OÍDOS
 - MASCARILLA DE TODO TIPO
 - CALZADO DE TODO TIPO
 - UNIFORME



ANEXO 15
"CUADRO DE ANÁLISIS APLICADOS A PLANTAS REHIDRATADORAS"

ANÁLISIS CLÍNICOS

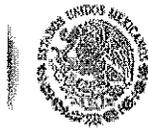
AREA DE ADSCRIPCIÓN	EVALUACIÓN CLÍNICA	EXAMEN GENERAL DE ORINA	QUÍMICA SANGUÍNEA	BIOMETRÍA HEMÁTICA	COPROPARASITOSCÓPICO	SEROLOGICO V.D.R.L	EXUDADO FARÍNGEO	AUDIOMETRIA	ESPIROMETRIA	VACUNA ANTITETANICA
PRODUCCIÓN										
POLVOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
TRATAMIENTO DE AGUAS	X	X	X	X	X	X	X		X	X
LAVADO DE CANASTILLAS	X	X	X	X				X		X
REHIDRATACIÓN	X	X	X	X	X	X	X	X		X
ENVASADO	X	X	X	X			X	X		X
DISTRIBUCIÓN EN ENVASE	X	X	X	X						X
MANTENIMIENTO										
EQUIPO AUTOMÁTICO	X	X	X	X						X
MANTENIMIENTO DE PLANT	X	X	X	X	X	X	X			X
MANTENIMIENTO AUTOMO	X	X	X	X						X
ALMACENES										
ALMACENES GENERAL	X	X	X	X					X	X
MATERIA PRIMA	X	X	X	X	X	X			X	X
PRODUCTO TERMINADO	X	X	X	X						X
RECUPERACIÓN	X	X	X	X	X				X	X
OFICINAS	X	X	X	X						X
COMEDOR	X	X	X	X	X	X	X			X



ANEXO 16
"CUADRO DE ANÁLISIS APLICADOS A PLANTAS PASTEURIZADAS"

ANÁLISIS CLÍNICOS

ÁREA DE ADSCRIPCIÓN	EVALUACIÓN CLÍNICA	EXAMEN GENERAL DE ORINA	QUÍMICA SANGUÍNEA	BIOMETRÍA HEMÁTICA	COPROPARASITOSCÓPICO	SEROLÓGICO V.D.R.L	EXUDADO FARÍNGEO	AUDIOMETRÍA	ESPIROMETRÍA	VACUNA ANTITÉTANICA
PRODUCCIÓN										
RECEPCIÓN DE LECHE	X	X	X	X	X	X	X			X
ENVASADO	X	X	X	X	X	X	X		X	X
LAVADO DE CANASTILLAS	X	X	X	X						X
CUARTO FRÍO	X	X	X	X	X	X	X			X
DISTRIBUCIÓN	X	X	X	X						X
ALMACENES										
MATERIA PRIMA	X	X	X	X	X	X	X			X
ALMACEN GENERAL	X	X	X	X						X
PRODUCTO TERMINADO	X	X	X	X						X
MANTENIMIENTO PLANTA	X	X	X	X	X	X	X			X
CONTROL DE CALIDAD	X	X	X	X	X	X	X			X
OFICINAS	X	X	X	X						X
CENTROS DE ACOPIO										
CAPTACIÓN DE LECHE FRESCA	X	X	X	X	X	X	X			X
CONTROL DE CALIDAD	X	X	X	X	X	X	X			X
COMEDOR	X	X	X	X	X	X	X			X



ANEXO 19
"CUESTIONARIO MÉDICO"

LICONSA, S. A. DE C. V.

SERVICIO MÉDICO

C u e s t i o n a r i o M é d i c o

Nombre del empleado:			Fecha de nacimiento:	Estado Civil:
Área de adscripción:			Número de nómina:	Telefono o exterióno:
Fecha de ingreso a Liconsa:	Fecha de elaboración	Grupo sanguíneo y Factor Rh:	Peso:	Estatura:
¿Alérgico?				

DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD E HIGIENE



ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

Indique si algún familiar directo tiene, o ha tenido, las siguientes enfermedades; señalando el grado de parentesco y si murieron por esta causa.

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Diabetes mellitus (azúcar en la sangre) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Cáncer o leucemia
(Indique tipo y localización) _____ | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Elevación del colesterol o triglicéridos o grasas en la sangre | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Angina de pecho (insuficiencia coronaria), o infarto cardiaco | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Hipertensión arterial (presión alta) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Psiquiátricos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Neurológicos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Epilepsia | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Especifique: _____

Comentarios:

ANTECEDENTES PERSONALES

- ¿Practica con regularidad algún deporte? Sí No
 ¿Cuál? _____ ¿Desde cuándo? _____
- ¿Es su intención practicar algún deporte? Sí No
 ¿Cuál? _____
- ¿Fuma? Sí No
 ¿Qué tipo de tabaco fuma? Cigarrillo Pipa Puro
 ¿Qué cantidad fuma al día? _____ ¿Desde hace cuántos años? _____
- ¿Con que frecuencia ingiere bebidas alcohólicas?
 Diario Fines de semana Nunca Ocasionalmente
- ¿Llega al estado de embriaguez? Sí No Ocasionalmente
 ¿Cuándo bebe cuántas copas en promedio ingiere? _____ ¿A la semana? _____
- ¿Ha viajado recientemente?
 ¿Cuándo? _____ ¿A qué lugar? _____ Sí No
- ¿Convive con animales? Sí No
- ¿Con que frecuencia consume los siguientes tipos de alimentos?
 Carne _____ Pescados y mariscos _____
 Leche _____ Huevo _____
 Verduras _____ Alimentos grasos _____
- ¿Ha tenido recientemente cambios en su peso corporal mayor a 5 Kg? Sí No
- ¿Cuántos Kilogramos? _____ ¿Desde cuándo? _____

Comentarios:



ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

¿Ha padecido alguna vez las siguientes enfermedades?

Sarampión	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Úlcera o gastritis	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Rubeola	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Cálculo urinarios	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Tosferina	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Cálculos en la vesícula	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Escarlatina	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Colitis	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Paperas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Hemorroides	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Poliomielitis	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Parásitos intestinales	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Enfermedad tiroidea (bocio)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Nefritis (glomerulonefritis)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Anginas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Infecciones urinarias	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Artritis	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Epilepsia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Cáncer	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Otras?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No			

Especifique cuál: _____

Comentarios:

¿Ha estado alguna vez hospitalizado? Si No
Indique la causa: _____

Comentarios:

¿Que operaciones le han practicado? _____

¿Ha sufrido algún accidente? Si No

Especifique: _____

¿Ha sufrido alguna luxación, fractura o torcedura? Si No

¿Ha tenido pérdida de la conciencia? Si No

¿Cuándo y porque? _____

¿Ha recibido transfusiones sanguíneas? Si No

¿Por qué? : _____

Número de transfusiones: _____ ¿A que edad? _____ Años.

¿Es usted alérgico a algún?

Alimento Sustancia Medicamento

¿A cuál? _____

Handwritten signature and initials on the right side of the page.



CUESTIONARIO POR APARATOS Y SISTEMAS

OJOS

- ¿Presenta algún dolor en los ojos? SI No
- ¿Con que frecuencia? _____
- ¿Presenta ardor en los ojos? SI No
- ¿Tiene visión doble? SI No
- ¿Tiene visión borrosa? SI No
- ¿Presenta secreción (lagaña)? SI No
- ¿Presenta ojos rojos o irritados? SI No
- ¿Ha notado halos de colores o pequeños arco iris al observar un foco en la noche? SI No
- ¿Con que frecuencia? _____
- ¿Ha sufrido algún golpe fuerte en los ojos? SI No
- ¿Lo han operado de los ojos? SI No
- ¿Especifique por qué? _____
- ¿Usa anteojos o lentes de contacto? SI No
- Fecha de última graduación: _____
- A pesar de los anteojos ¿tiene alteración en la visión? SI No

Le han diagnosticado alguna vez

- Estrabismo Cataratas Ulceras en la córnea Glaucoma
- Miopía Astigmatismo Presbicia Desprendimiento de retina

En caso positivo anote la fecha aproximada de la iniciación de las molestias y su duración:

Comentarios:

OÍDOS

- ¿Esta expuesto a ruidos intensos? SI No
- ¿Padece con frecuencia zumbido de oídos? SI No
- ¿Se le han infectado los oídos alguna vez? SI No
- ¿Se le han reventado los oídos alguna vez? SI No
- ¿Presenta dolor en algún oído? SI No
- ¿Presenta alguna dificultad para oír? SI No
- ¿Presenta con frecuencia tapones de cerilla? SI No
- ¿Utiliza aparatos para oír mejor? SI No
- ¿Practica el buceo? SI No

Comentarios:



NARIZ

- ¿Sangra con frecuencia por la nariz? Sí No
- ¿Con que frecuencia? _____
- ¿Presenta alguna resequeidad en la nariz? Sí No
- ¿Ha cambiado su percepción olorosa, sin haber presentado gripa o catarro? Sí No
- ¿Padece de alguna alergia que le provoque trastornos al respirar? Sí No
- ¿Padece de alguna alergia que le provoque estornudos? Sí No

Comentarios:

GASTROINTESTINAL

- ¿Ha padecido de úlceras persistentes en la boca (labios, mejillas, paladar)? Sí No
- ¿Con que frecuencia? _____
- ¿Existe dificultad para tragar alimentos? Sí No
- ¿Que tipo de alimentos lo provocan?
- Purés Sólidos (pan, carne) Líquidos
- ¿Presenta dolor en alguna parte del abdomen? Sí No
- ¿Presenta agruras? Sí No
- ¿Presenta náuseas? Sí No
- ¿Presenta vómito? Sí No
- ¿Presenta indigestión, gases o sensación de quemadura en la boca del estómago? Sí No
- ¿Presenta estreñimiento? Sí No ¿Con que frecuencia? _____
- ¿Presenta diarrea? Sí No ¿Con que frecuencia? _____
- ¿Ha notado cambio en el grosor o aspecto en sus evacuaciones? Sí No
- ¿Presenta dolor persistente en el recto? Sí No
- ¿Ha tenido sangrado rectal? Sí No
- ¿Ha notado presencia de materia pastosa y de color negrusco en su materia fecal? Sí No
- ¿Se ha puesto alguna vez amarillo (ictérico)? Sí No
- ¿Ha presentado dolor cólico en la parte superior del abdomen, después de comer grasa, huevo, leche, o aguacate? Sí No

GÉNITO URINARIO

- ¿Ha presentado sensación de ardor o molestia al orinar? Sí No
- ¿Ha orinado con sangre? Sí No
- ¿Ha tenido su orina cambios importantes de coloración o de olor? Sí No
- ¿Le es difícil iniciar la micción? Sí No
- ¿Se le interrumpe la micción (se le corta el chorro)? Sí No
- Indique las veces que orina al día aproximadamente _____
- ¿Ha tenido infecciones venéreas? Sí No

¿Cuáles? _____

¿Con que fueron tratadas? _____

Handwritten signature and initials.



RESPIRATORIO

- ¿Ha tenido tos persistente por más de tres meses? Si No
- ¿Se acompaña la tos con flemas? Si No ¿Abundante?
- ¿De que color? _____ ¿Purulenta?
- ¿Notó en alguna ocasión estrías de sangre en la flema? Si No
- ¿Presenta frecuentemente ataque de tos sin flema? Si No
- ¿Le duele el pecho cuando tose o respira profundamente? Si No
- ¿Padece alguna sensación de asfixia o falta de aire? Si No
- ¿Ha presentado coloración violácea en los labios o manos? Si No

CARDIOVASCULAR

- ¿Ha sentido en alguna ocasión la sensación de opresión, pesantez, o dolor agudo (punzante) en el pecho con el ejercicio o emociones? Si No
- Duración del malestar: _____
- ¿Ha presentado palpitaciones o vuelcos del corazón? Si No
- Al efectuar algún ejercicio ¿siente que le falta el aire? Si No
- ¿Se ha despertado en la noche con sensación de falta de aire o tos intensa? Si No
- Cuando camina ¿siente necesidad de detenerse o descansar por dolor en una o en ambas piernas? Si No
- ¿Tiene sensación de calambres? Si No
- ¿Le han encontrado soplos en el corazón? Si No
- ¿Ha tenido la presión alta? Si No
- ¿Ha tenido mareos frecuentes? Si No
- ¿Ha perdido la conciencia en forma súbita? Si No
- ¿Tiene varices en las piernas? Si No
- ¿Ha padecido tromboflebitis? Si No
- ¿Se le han hinchado los pies, tobillos, o piernas con frecuencia? Si No
- ¿Se hincha por las mañanas? Si No
- ¿Se hincha por las noches? Si No

HEMATOLOGÍA

- ¿Ha notado sangrado excesivo por pequeñas cortadas o extracciones dentales? Si No
- ¿Le salen pequeñas manchas rojizas con facilidad o con pequeños golpes? Si No
- ¿Ha tenido anemia? Si No
- ¿Se le ha diagnosticado crecimiento de ganglios linfáticos? Si No
- ¿Tiene infecciones frecuentes? Si No
- ¿Cuáles? _____

MUSCULO-ESQUELETICO

- ¿Tiene o tuvo alguna vez dolor, inflamación, o entumecimiento de alguna articulación? Si No
- ¿Se le ha diagnosticado alguno de los siguientes padecimientos?
 Gota Ciática Artritis Artritis Reumatoide
- ¿Tiene dolor en la parte baja de la espalda o cintura? Si No
- ¿Tiene el pie plano? Si No

3



DERMATOLOGÍA

- ¿Ha tenido problemas serios de acné? Sí No
- ¿Presenta comezón generalizada o localizada con persistencia? Sí No
- ¿Tiene algún lunar que haya cambiado de color o tamaño?
¿En dónde? _____ Sí No
- ¿Se le cae el pelo fácilmente sin causa aparente? Sí No
- ¿Tiene algún problema con las uñas de las manos, o de los pies?
¿Cuál? _____ Sí No
- ¿Presenta comezón, descamación o úlcera en los pies? Sí No
- ¿Ha cambiado el color de su piel? (no por quemaduras del sol)
No Sí

NEUROLÓGICO

- ¿Sufrir de dolor de cabeza intenso o frecuente? Sí No
- ¿Se acompaña de zumbido de oídos? Sí No
- ¿Se acompaña de visión de manchas? Sí No
- ¿Se acompaña de náuseas? Sí No
- ¿Se acompaña de vómito? Sí No
- ¿Tiene vértigo? Sí No
- ¿Ha notado temblores? Sí No
- ¿Ha tenido tics? Sí No
- ¿Ha tenido pérdida de sensibilidad? Sí No
- ¿Se despierta en la noche con calambres en los pies? Sí No
- ¿Ha tenido parálisis de alguna parte del cuerpo? Sí No

ENDOCRINOLOGÍA

- Ha notado:**
- ¿Aumento o disminución del apetito? Sí No
 - ¿Aumento de la sensación de sed? Sí No
 - ¿Aumento de la cantidad de orina y frecuencia con que orina? Sí No
 - ¿Le molesta el calor o el frío? Sí No
 - ¿Su voz se ha hecho lenta o gruesa? Sí No
 - ¿Resequedad muy importante en la piel? Sí No
 - ¿Caída del pelo? Sí No
 - ¿Aumento de vello? (sólo mujeres)
No Sí
 - ¿Disminución de su apetito sexual? Sí No
 - ¿Disminución de su potencia sexual? Sí No

Comentarios:

M

3

[Handwritten signature]



PSICOSOCIAL

- ¿Padece de insomnio? Si No
- ¿Tiene sensación de depresión, angustia, o intranquilidad? Si No
- ¿Tiene mal carácter o se siente irritado constantemente? Si No
- ¿Ha notado dificultad para concentrarse, recordar o pensar claramente? Si No
- ¿Encuentra agradable el trabajo que realiza? Si No
- ¿Ha recibido tratamiento psiquiátrico o psicológico? Si No
- ¿Piensa que se preocupa demasiado por las cosas? Si No

Comentarios:

¿Que medicamentos está tomando actualmente?, especifique nombre, cantidad de tabletas que ingiere al día y la razón por la cuál los está tomando:

Medicamentos:

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

- ¿Edad en que inicio su menstruación? _____ años
- ¿Cada cuántos días se presenta su menstruación? _____ días
- ¿Es irregular? ¿Se adelanta? ¿Se atrasa? ¿Cuántos días? _____
- ¿Presenta molestias o dolor durante su menstruación? Si No
- ¿Ha aumentado la cantidad de sangrado últimamente? Si No
- ¿Desde cuándo? _____
- ¿A que edad inicio su vida sexual? _____ años
- ¿Tiene dolor durante su acto sexual? Si No
- ¿Ha estado embarazada? Si No
- ¿Cuántas veces contando? Partos _____ Cesáreas _____ Abortos _____
- Indique el peso de sus hijos al nacer
- 1 _____ Kg. 2 _____ Kg. 3 _____ Kg. 4 _____ Kg.
- 5 _____ Kg. 6 _____ Kg. 7 _____ Kg. 8 _____ Kg.
- ¿Amamanto a sus hijos? Si No ¿Cuánto Tiempo? _____
- ¿Ha llegado a la menopausia? Si No ¿A que edad? _____ años
- ¿Tuvo molestias severas? Si No
- ¿Que molestia presenta actualmente? _____
- ¿Toma actualmente algún tipo de hormona o medicamento para la menopausia? Si No
- ¿Ha sido sometida a operaciones ginecológicas? Si No
- No
- Indique el tipo de operación y edad en la que se practicó _____



ANTECEDENTES GINECOLOBSTÉTRICOS (continuación)

¿Ha tratado de controlar la natalidad? Sí No

Indique el tiempo: _____

Indique cuál de los siguientes métodos ha empleado:

- Ritmo
- Interrupción del acto sexual
- Preservativos
- Plastia de trompas (ligadura)
- Geles espermicidas
- Píldoras anticonceptivas
- Dispositivo intrauterino
- Otros

Especifique: _____

¿A que edad tuvo su último embarazo? _____ años

¿Cuándo tuvo su último periodo menstrual? día _____ mes _____ año _____

¿Se ha complicado alguno de sus embarazos? Sí No

Indique por cuál de las siguientes causas:

- Toxemia (eclampsia)
- Azúcar en su sangre u orina
- Elevación de la presión arterial

Si tiene sangre Rh negativo, ¿Ha tenido problemas con sus hijos? Sí No

¿Se le aplicó la vacuna? Sí No

Fecha del último Papanicolau (frotis vaginal) día _____ mes _____ año _____

Cuando estornuda, tose o ríe ¿presenta salida involuntaria de orina? Sí No

¿Tiene flujo? Sí No

¿De que color? _____
 Abundante Escaso

¿Tiene sensación de comezón o picazón vaginal persistente? Sí No

¿Ha tenido hemorragia u otra molestia después de tener relaciones sexuales? Sí No

¿Tiene sangrado o pequeñas manchas sin relación a su regla? Sí No

¿Tiene tumorações o sensación dolorosa en los senos o pezones? Sí No

¿Presenta salida de secreción de leche en los senos? Sí No

¿Sabe examinarse los senos? Sí No

Comentarios:



LICONSA, S. A. DE C. V.
SERVICIO MÉDICO
FICHA DE CONSULTA

Nombre del empleado:		Número de Nómina:	Teléfono o Extensión:	
Fecha de Consulta:	Temperatura:	Pulso:	Respiraciones por minuto:	Presión Arterial:

DESCRIPCIÓN DEL PADECIMIENTO

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

PRESCRIPCIÓN MÉDICA

MEDICAMENTOS	FORMA DE SUMINISTRARSE

ESTUDIOS SUGERIDOS

RECOMENDACIONES GENERALES

DIETA:
CUIDADOS:
OTROS:

M

1

3

2



LICONSA, S. A. DE C. V.
SERVICIO MÉDICO
FICHA DE CONSULTA

Nombre del empleado:		Número de Nómina:		Teléfono o Extensión:	
Fecha de Consulta:	Temperatura:	Pulso:	Respiraciones por minuto:		Presión Arterial:

¿Ha notado mejoría?

Sí No

¿Ha tomado el medicamento en la forma indicada?

Sí No

¿Ha seguido las indicaciones del médico?

Sí No

Comentarios:	

¿Alta del paciente?

Sí No

¿Continuar con el mismo tratamiento?

Sí No

¿Requiere cambio de tratamiento?

Sí No

PLAN Tx:

MEDICAMENTOS	FORMA DE SUMINISTRARSE

¿Requiere estudios de laboratorio?

Sí No

Indique tipo de estudio: _____

¿Requiere atención de médico especialista?

Sí No

Indicar _____

especialidad: _____

OBSERVACIONES

Handwritten notes and signatures:
3
2-7
D
A



VIII.10 PAGO DE PENSIONES ALIMENTICIAS
CLAVE: VST-DA-PR-006-11

OBJETIVO

- Establecer el procedimiento que se deberá de observar para efectuar las retenciones, pago y control de las pensiones alimenticias, acatando las órdenes decretadas por las autoridades competentes.



POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. Es responsabilidad de la/el Jefe (a) del Departamento de Recursos Humanos y/o el Departamento de Relaciones Industriales o su equivalente en los centros de trabajo, cumplir y hacer cumplir los ordenamientos de este procedimiento.
 - a. Realizar las retenciones por nómina de las pensiones alimenticias, de acuerdo al ordenamiento decretado por las autoridades competentes, el cual será sobre del total de los ingresos que la o el trabajador percibe en su Centro de Trabajo, exceptuando los descuentos estrictamente obligatorios que señala la ley.
 - b. Elaborar el Recibo de Dinero por el importe retenido por cada persona beneficiaria, indicando en éste el nombre y número de nómina de la o el funcionario a cargo de la pensión, enviándolos a la Subdirección de Presupuesto, o su equivalente en centros de trabajo, para la elaboración del Movimiento de Afectación Presupuestal y Pago (MAPP) correspondiente.
 - c. Tener la información a la vista de la o el trabajador a quien se le efectúa el descuento.
 - d. Guardar y custodiar los expedientes relacionados con el procedimiento de descuento por concepto de pensiones alimenticias.
2. El MAPP deberá estar autorizado por el Subdirector de Recursos Humanos o por el Subgerente de Administración y Finanzas.
3. El Departamento de Cuentas por Pagar o el equivalente en centros de trabajo, recibirá el MAPP debidamente autorizado, con el anexo del Recibo de Dinero correspondiente y procederá a elaborar el cheque, según lo establecido en el Manual de Procedimientos para la Solicitud, Trámite y Autorización de Pagos, clave VST-DFP-PR-007.
4. Los pagos por concepto de pensión alimenticia, deberán efectuarse en la caja general, únicamente con cheque nominativo a nombre del beneficiario, a más tardar los días 10 y 16 de cada mes; en los casos que éstos sean inhábiles, el pago se realizara al siguiente día hábil, a excepción de la segunda quincena de diciembre, en donde la Subdirección de Recursos Humanos por cuestiones de cierre de ejercicio indicará la fecha de pago.
5. Es responsabilidad de la o el cajero general, solicitar al beneficiario(a) de la pensión una identificación oficial vigente y recabar su nombre y firma en la póliza de cheque y en el Recibo de Dinero por el importe retenido. Sin la identificación no se efectuará el pago respectivo.
6. La o el beneficiario podrá autorizar cobrar los montos por concepto de la pensión alimenticia a una o un tercero, mediante carta poder simple, firmada por dos testigos con nombres y domicilios; además, se deberá solicitar al Departamento de Recursos Humanos y/o Departamento de Relaciones Industriales, la validación de firmas en la carta poder, la cual será indispensable para el pago, así como copia de la identificación oficial de la o el beneficiario y del tercero(a) autorizado(a).
7. El Departamento Civil, Mercantil, Fiscal y Administrativo o su equivalente en centros de trabajo, informarán por medio de oficio al juzgado competente, acerca de las percepciones y deducciones mensuales de la o el trabajador, así como los demás datos relacionados con el procedimiento de la pensión alimenticia que hayan sido solicitadas por el propio juzgado.



DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

PASO NÚM.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	NOMBRE Y CLAVE DEL DOCUMENTO DE TRABAJO
1	Subdirector (a) Jurídico y/o Subgerente de Administración y Finanzas	Por instrucción judicial el Subdirector Subdirector(a) Jurídico y/o Subgerente(a) de Administración y Finanzas solicita a la Subdirección de Recursos Humanos, y/o Departamento de Relaciones Industriales el informe de las percepciones y deducciones mensuales netas, así como todas las demás prestaciones a que tenga derecho la o el trabajador.	Oficio
2	Subdirector (a) de Recursos Humanos y/o Jefe (a) del Departamento de Relaciones Industriales	Comunica a la Subdirección Jurídica y/o Subgerencia de Administración y Finanzas las percepciones, deducciones y prestaciones de la o del trabajador.	Oficio
3	Subdirector (a) Jurídico y/o Subgerente de Administración y Finanzas	Informa mediante oficio al juzgado correspondiente, las percepciones, deducciones y prestaciones a las que tiene derecho la o del trabajador.	Oficio
4	Juzgado	Dictamina el descuento de la pensión alimenticia y envía el acuerdo correspondiente, en original.	Oficio Acuerdo
5	Subdirector(a) Jurídico y/o Subgerente de Administración y Finanzas	Recibe el acuerdo original, emitido por el juzgado competente para proceder a la retención de la pensión alimenticia y lo envía a la Subdirección de Recursos Humanos y/o Departamento de Relaciones Industriales.	Oficio Acuerdo
6	Subdirector (a) de Recursos Humanos y/o Jefe(a) del Departamento de Relaciones Industriales	Recibe el acuerdo en original e inmediatamente aplica a la o el trabajador, la retención por nómina del concepto de la pensión alimenticia ordenado por el juez competente, elabora el Recibo de Dinero a favor del demandante y solicita a la Subdirección de Presupuesto y/o Departamento de Contabilidad Financiera la elaboración del MAPP correspondiente.	Oficio Acuerdo Recibo de Dinero
7	Subdirector (a) de Presupuesto y/o Jefe (a) del Departamento Contabilidad.	Elabora el MAPP de acuerdo a los datos del Recibo de Dinero y lo devuelve al Subdirector(a) de Recursos Humanos y/o Departamento de Relaciones Industriales.	MAPP Recibo de Dinero

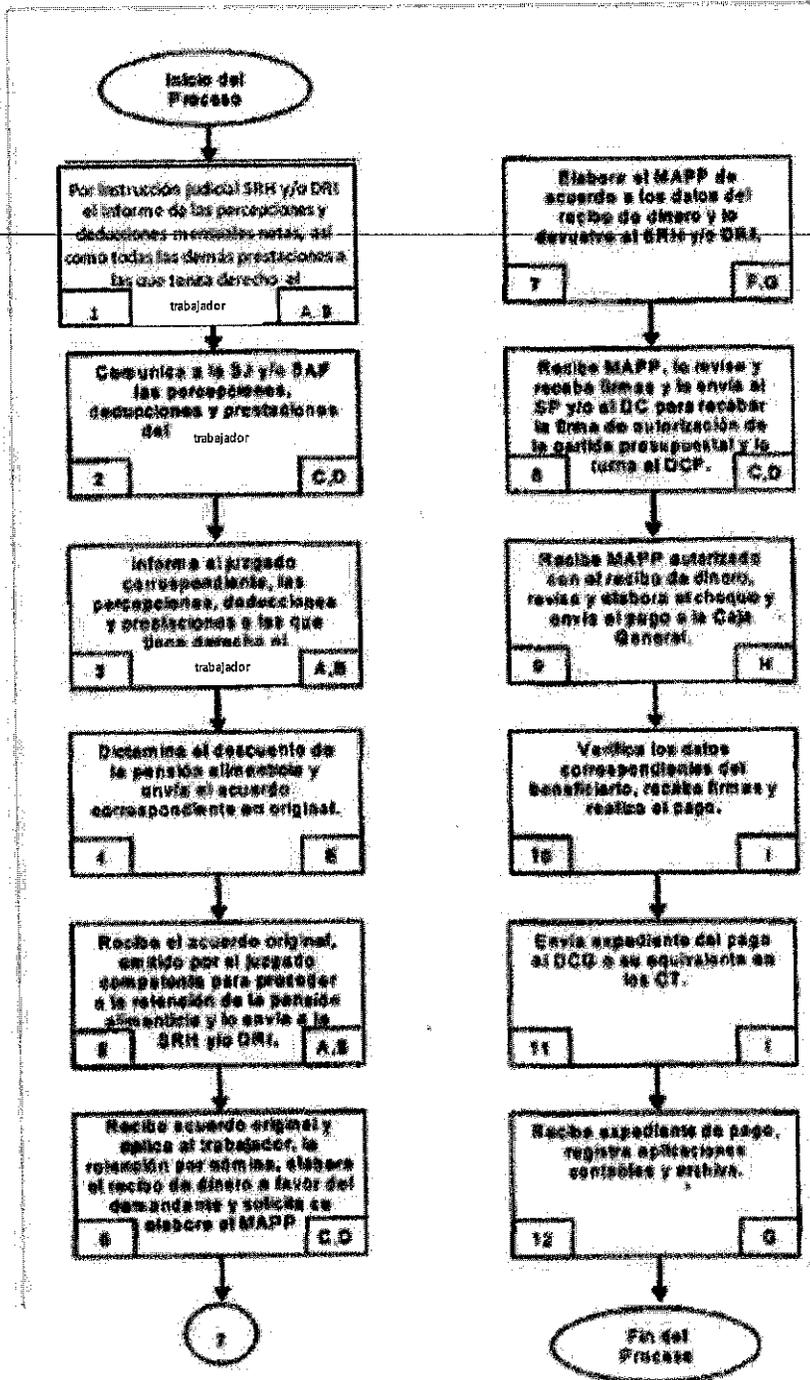


8	Subdirector (a) de Recursos Humanos y/o Jefe (a) del Departamento de Relaciones Industriales.	Recibe el MAPP, lo revisa y recaba firmas de autorización de pago y lo envía al Subdirector(a) de Presupuesto y/o al Departamento de Contabilidad Financiera para recabar la firma de autorización de la partida presupuestal y lo turna al Departamento de Cuentas por Pagar y/o área responsable en Centros de Trabajo.	MAPP
9	Jefe (a) del Departamento de Cuentas por Pagar y/o Área responsable en el Centro de Trabajo.	Recibe el MAPP debidamente autorizado con el Recibo de Dinero, revisa y procede a elaborar el cheque y envía el pago correspondiente a la Caja General.	MAPP Recibo de Dinero
10	Caja General	Verifica los datos correspondientes, recaba firma de recibido de la o el beneficiario o de la persona autorizada en la póliza de cheque y en el Recibo de Dinero con el importe de la retención y realiza el pago.	Recibo de Dinero Póliza de Cheque
11	Caja General	Envía expediente del pago al Departamento de Contabilidad Financiera o su equivalente en los Centros de Trabajo.	
12	Jefe (a) del Departamento de Contabilidad Financiera o su equivalente en el Centro de Trabajo	Recibe expediente de pago, registra aplicaciones contables y archiva.	
FIN DE PROCEDIMIENTO			

[Handwritten signatures and marks]



DIAGRAMA DE FLUJO



- A. SUBDIRECTOR JURÍDICO
- B. SUBGERENTE DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
- C. SUBDIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS
- D. JUZGADO
- E. JEFE DE RELACIONES INDUSTRIALES
- F. SUBDIRECTOR DE PRESUPUESTO
- G. JEFE DE DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD
- H. JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CUENTAS POR PAGAR
- I. CAJA GENERAL

Handwritten signatures and initials



RELACIÓN DE ANEXOS

NÚM.	NOMBRE DEL DOCUMENTO	CLAVE
1	Recibo de Dinero	
2	Instructivo de llenado del Recibo de Dinero	



ANEXO 1
"RECIBO DE DINERO"

No.	_____	por \$	_____
			(1)
Recibí de	_____ (2)		
la cantidad de	_____		
Por	_____ (4)		
(5)	de		de 20
LUGAR Y FECHA			
		(6)	
		NOMBRE Y FIRMA	

3
[Handwritten signature]



INSTRUCTIVO DE LLENADO "RECIBO DE DINERO"

	EN	SE ANOTARÁ
1. POR (\$):		IMPORTE DEL PAGO (CON NÚMERO)
2. RECIBÍ DE:		NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE EMITE EL PAGO
3. LA CANTIDAD DE:		IMPORTE DEL PAGO (CON LETRA)
4. POR:		CONCEPTO, PERÍODO DEL PAGO Y ENTIDAD
5. LUGAR Y FECHA:		LUGAR, DÍA, MES Y AÑO EN QUE SE RECIBE EL PAGO
6. NOMBRE Y FIRMA:		NOMBRE Y FIRMA DEL O LA BENEFICIARIA



VIII.11 SERVICIO SOCIAL Y/O PRÁCTICAS PROFESIONALES
CLAVE: VST-DA-PR-006-12

OBJETIVO

- Establecer los criterios normativos y estandarizar el procedimiento de operación en materia de Servicio Social y/o Prácticas Profesionales en LICONSA S.A. DE C.V.

M

3
[Handwritten signature]
[Handwritten mark]



POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. En Oficina Central el (la) Responsable del Programa de Servicio Social y/o Prácticas Profesionales será el (la) Jefe (a) de Departamento de Formación y Desarrollo Humano. En los Centros de Trabajo será el Jefe (a) del Departamento de Relaciones Industriales o su equivalente.
2. El (La) Responsable del Programa de Servicio Social y/o Prácticas Profesionales serán el (la) encargado (a) de realizar las gestiones pertinentes para su correcta implementación.
3. ~~El monto del apoyo económico será determinado anualmente por el (la) Director(a) de Administración, y estará sujeto a la suficiencia presupuestaria dentro del ejercicio de que se trate.~~

Requerimiento de Prestadores(as).

4. El (la) Jefe (a) de Departamento de Formación y Desarrollo Humano será el responsable de recabar los requerimientos de Prestadores (as) a nivel nacional mediante los mecanismos establecidos para dicho fin.
5. Los (as) Responsables de cada Centro de Trabajo notificarán el número de Prestadores(as) requeridos a nivel nacional, mediante el mecanismo establecido.

Registro de Programas y/o Convenios de Colaboración.

6. El (La) Responsable del Programa debe realizar las gestiones pertinentes con las Instituciones Educativas a nivel Técnico, Medio y Superior, a fin de solicitar el Registro de los Programas, o en su caso los Convenios de Colaboración, para su formalización y vigencia con LICONSA S.A. DE C.V.

Requisitos de admisión.

7. Los (as) interesados (as) deben cumplir con los siguientes requisitos:
 - Acreditar un promedio mínimo de 8 (ocho), preferentemente.
 - Tener cubiertos cuando menos el setenta por ciento (70%) de los créditos académicos a nivel Licenciatura y cincuenta por ciento (50%) a nivel Técnico o Medio Superior.
 - Que exista un Programa registrado o Convenio de Colaboración entre la Institución Educativa y LICONSA S.A. DE C.V., preferentemente.
 - Constancia del Seguro Facultativo.
 - Copia fotostática del Historial Académico reciente.
 - Carta de Presentación emitida por la Institución Educativa, dirigida al (a la) Responsable del Programa, misma que deberá contener los siguientes datos:
 - Nombre del alumno(a).
 - Número de registro escolar (boleta, cuenta, matrícula, etc.)
 - Nivel o grado escolar.
 - Nombre de la carrera técnica o profesional.
 - Prestación a desarrollar (Servicio Social y/o Prácticas Profesionales)
 - Porcentaje de créditos cubiertos.
 - Número de horas determinado por las características específicas del programa educativo.



En caso que el (la) aspirante sea de nacionalidad extranjera, se solicitará adicionalmente lo siguiente:

- Forma (FM3), expedida por la Secretaría de Gobernación.
- Pasaporte (calidad migratoria).
- Notificación de autorización del Instituto Nacional de Migración, para realizar actividades escolares o de investigación.
- El (la) aspirante desarrollará su actividad sin apoyo económico.

Duración y horario

8. La duración del Servicio Social no podrá ser menor a 6 (seis) meses ni mayor a 2 (dos) años, cubriendo un mínimo de 480 (cuatrocientos ochenta) horas.
9. En el caso de Prácticas Profesionales el número de horas requeridas, estará determinado por las características específicas del programa al que este adscrito el (la) Prestador (a).
10. No se contará en la duración de la Prestación el tiempo que por enfermedad u otra causa grave, el (la) Prestador (a) permanezca fuera del lugar establecido para este fin.
11. El horario establecido para realizar la Prestación será durante la jornada laboral en el Centro de Trabajo. No podrá rebasar de 4 (cuatro) horas diarias de lunes a viernes. Por ningún motivo el (la) Prestador (a) podrá adelantar horas.
12. El (la) Prestador (a) no está autorizado (a) para abandonar las instalaciones del Centro de Trabajo, a menos que dicha salida esté autorizada por el (la) Responsable del Programa mediante el Formato Autorización de Salida (SSPP-13).

Otorgamiento de Apoyo Económico a el (la) Prestador (a)

13. El Departamento de Formación y Desarrollo Humano elaborará el proyecto anual de distribución de los recursos a partir del presupuesto asignado. Para ello, se considerará fundamentalmente la prioridad de los proyectos, el requerimiento de Prestadores(as) solicitados(as), el presupuesto asignado el año anterior y su ejercicio. Los(as) Prestadores(as) que realicen sus actividades sin apoyo económico, se registrarán únicamente con fines informativos y estadísticos.
14. El apoyo económico quedará sujeto a la Suficiencia Presupuestaria Autorizada y debe sujetarse a su permanencia en LICONSA S.A. DE C.V. en calidad de Prestador (a), retirándose cuando este (a) adquiera algún tipo de relación laboral con la Entidad y/o por alguna causal de baja.
15. Su otorgamiento no rebasará más de 6 (seis) meses, aunque el período de la estancia como Prestador (a) exceda este tiempo.
16. El (la) Prestador(a) de Prácticas Profesionales tendrá derecho al otorgamiento de apoyo económico cuando las características del programa educativo requiera como mínimo 480 (cuatrocientos ochenta) horas.
17. El apoyo económico se entregará a el (la) Prestador (a) a la conclusión satisfactoria del Servicio Social y/o Prácticas Profesionales.

Admisión e ingreso de Prestadores (as)

18. El (la) Responsable del Programa entrevistará a los (las) aspirantes que así lo requieran, y les proporcionará el Formato de Solicitud Ingreso como Prestador (a) con el objeto de realizar una adecuada selección que permita atender los requerimientos de las diferentes áreas de LICONSA S.A. DE C.V.



19. El (la) Responsable del Programa deberá integrar un expediente de cada Prestador(a) al que anexará la siguiente documentación:
- a) Formato Requerimiento de Prestadores (as) (SSPP-01)
 - b) Solicitud de Ingreso como Prestador (a) (SSPP-02)
 - c) Carta de Presentación del o la aspirante emitida por la Institución Educativa a la que pertenece, Constancia del Seguro Facultativo y copia fotostática del Historial Académico reciente.
 - d) Registro de Proyecto (SSPP-03)
 - e) ~~Responsiva de uso de bienes informáticos (SSPP-04)~~
 - f) Carta de Aceptación (SSPP-05), elaborada por el (la) Responsable del Programa.
 - g) Tarjetas de control de asistencia (SSPP-06), o registro electrónico de asistencia.
 - h) Carta de Término (SSPP-07), una vez concluida la prestación.
 - i) Evaluación del Desempeño del (la) Prestador(a) (SSPP-08) una vez concluida la prestación.
20. El registro de asistencia se llevará a cabo mediante el formato establecido o "Sistema de Checado" (medio electrónico). El (la) Prestador(a) registrará la hora de entrada y salida, el cual es controlado por el (la) Responsable del Programa.
21. El (la) Responsable del Programa deberá elaborar y presentar el Formato Control de Apoyo Económico de Prestadores(as) (SSPP-09), en Oficina Central lo aprobará el (la) Subdirector(a) de Modernización y autorizará el (la) Director(a) de Administración, en los Centros de Trabajo aprobará el (la) Subgerente de Administración y Finanzas, y autorizará el (la) Gerente.
22. Los y las Prestadores(as) de Servicio Social, deben contar con la posibilidad de realizar Prácticas Profesionales en LICONSA S.A. DE C.V., siempre y cuando hayan concluido debidamente su Servicio Social y que la solicitud sea congruente con el requerimiento de las áreas y que existan lugares vacantes.
23. El (la) Responsable del Programa deberá realizar y entregar al (la) prestador(a) de servicio social, la Credencial que lo (la) acredite como tal, la cual deberán portar en un lugar visible, y será de color verde para Servicio Social (SSPP-10) y de color azul para Prácticas Profesionales (SSPP-11).
24. Los Centros de Trabajo que cuenten con servicio médico deben proporcionar atención si lo requieren a los(as) Prestadores(as).

Derechos y obligaciones del (a) Prestador (a)

25. Una vez que ingresa el o la Prestador(a), el (la) Responsable del Programa, hará de su conocimiento el Formato de Derechos y obligaciones del (de la) Prestador (a) (SSPP-12), y una vez leído y aceptado, firmará de enterado(a).

Causales de Baja

26. Serán causales de baja:
- No cumplir con los requisitos de Ingreso.
 - Actuar contra las políticas y disposiciones de la Institución.
 - Acumular 3 (tres) faltas injustificadas.
 - No cumplir con las actividades asignadas.
 - No conducirse de manera profesional y ética.



DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

PASO NÚM.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	NOMBRE Y CLAVE DEL DOCUMENTO DE TRABAJO
1	El (La) Jefe (a) del Depto. de Formación y Desarrollo Humano	Anualmente solicita a los Centros de Trabajo la detección de Necesidades de Prestadores(as) de Servicio Social y/o Prácticas Profesionales requeridos para el año correspondiente, adicionalmente, realiza la Detección de Necesidades para Oficina Central.	
2	Responsable del Programa	Realiza la Detección de Necesidades de Prestadores(as) en su Centro de Trabajo conforme a la prioridad de los proyectos y el presupuesto asignado el ejercicio anterior.	
3	El (La) Jefe (a) del Depto. de Formación y Desarrollo Humano	Integra, analiza y evalúa la información recibida de acuerdo con el presupuesto autorizado y notificado por la Dirección de Finanzas y Planeación, para realizar la asignación presupuestal a cada Centro de Trabajo.	
4	El (La) Subdirector(a) de Modernización	Aprueba la asignación presupuestal para cada Centro de Trabajo y presenta al Director(a) de Administración para su Autorización.	
5	El (La) Director(a) de Administración	Notifica la asignación presupuestal anual para el Programa de Servicio Social y Prácticas Profesionales para Oficina Central y Centros de Trabajo.	Oficio
6	Director(a) de Administración o Gerente	Solicita a la Institución educativa el registro del Programa o Convenio de Colaboración y una vez aceptado se formaliza.	Programa de Servicio Social y/o Prácticas Profesionales o Convenios de Colaboración
7	Institución educativa	Registra el Programa de Servicio Social y/o Prácticas Profesionales o el Convenio de Colaboración con LICONSA S.A. DE C.V.	Programa de Servicio Social y/o Prácticas Profesionales o Convenios de Colaboración
8	Área Solicitante	Solicita al (la) Responsable del Programa un(a) prestador(a) mediante el Formato Requerimiento de Prestador debidamente llenado.	SSPP-01
9	Responsable del Programa	Recibe e informa al (a la) candidato(a) de los requisitos de ingreso y brinda la asesoría pertinente.	
10	Responsable del Programa	Verifica que el (la) candidato(a) cumpla con los requisitos de ingreso y le proporciona, para su llenado, el formato "Solicitud de Ingreso como Prestador(a)" y se continua con el procedimiento de ingreso.	SSPP-02



PASO NÚM.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	NOMBRE Y CLAVE DEL DOCUMENTO DE TRABAJO
11	Responsable del Programa	Se pregunta, ¿El (la) aspirante cumple con los requisitos? Si, ir al paso No. 12 No, se rechaza al (la) aspirante. FIN DEL PROCEDIMIENTO	
12	Responsable del Programa	Concentra la información en medio electrónico para su control y seguimiento.	
13	Responsable del Programa	Presenta al (a la) aspirante con el (la) Servidor(a) Público(a) solicitante donde realizará la Prestación de Servicio Social o Prácticas Profesionales, de acuerdo al perfil solicitado.	
14	Área Solicitante	Informa al (a la) Responsable del Programa su decisión respecto al (a la) aspirante.	
15	Área Solicitante	Llena debidamente el formato "Registro de Proyecto" donde se especifica los requerimientos y actividades a realizar.	SSPP-03
16	Responsable del Programa	Apertura el expediente del (de la) prestador(a) con los documentos requeridos en el numeral 18 del Procedimiento.	SSPP-01 SSPP-02 SSPP-03 SSPP-04 Carta de Presentación Constancia de Seguro Facultativo Copia del Historial Académico reciente SSPP-05
17	Responsable del Programa	Los primeros 5 (cinco) días de cada mes, gestiona conforme al numeral 20 del procedimiento, el apoyo económico para los(as) Prestadores(as) que hayan concluido satisfactoriamente su prestación.	SSPP-09
18	Responsable del Programa	Se pregunta ¿El apoyo económico se otorga en Oficina Central? Si, ir al paso No. 19 No, ir al paso No.21	
19	Director (a) de Administración	Solicita a la Dirección de Finanzas y Planeación, la liberación del recurso para el otorgamiento del Apoyo Económico.	Oficio
20	Director (a) de Finanzas y Planeación	Realiza el trámite de liberación de recursos. Ir al paso 25.	



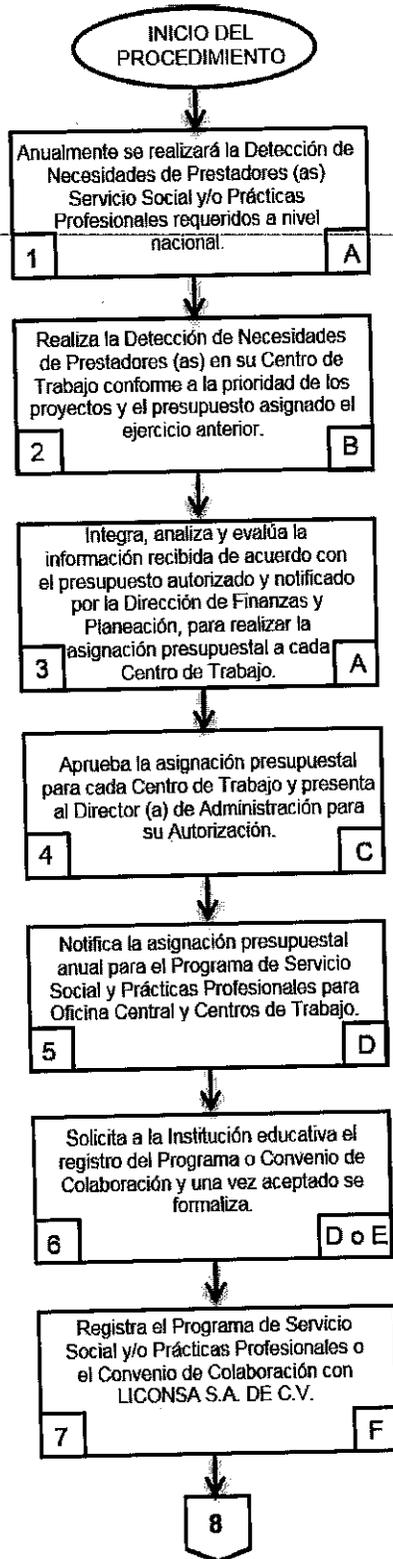
PASO NÚM.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	NOMBRE Y CLAVE DEL DOCUMENTO DE TRABAJO
21	Gerente del Centro de Trabajo	Solicita a la Dirección de Administración, la liberación del recurso para el otorgamiento del Apoyo Económico, anexando el formato correspondiente.	Oficio SSPP-09
22	Director(a) de Administración	Verifica la suficiencia presupuestal del Centro de Trabajo y solicita al (a la) Director(a) de Finanzas y Planeación, la liberación de recursos correspondiente para el Centro de Trabajo; en caso de insuficiencia se notifica al Centro de Trabajo.	Oficio
23	Director(a) de Finanzas y Planeación	Realiza el trámite de liberación de recursos al Centro de Trabajo.	
24	Jefe(a) del Depto. de Formación y Desarrollo Humano	Informa al Centro de Trabajo sobre la autorización y referencia de liberación de los recursos.	
25	Responsable del Programa	Se pregunta; ¿El (la) Prestador(a) cumplió satisfactoriamente la prestación? Si, ir al paso No. 26 No, ir al paso No. 28	SSPP-08 SSPP-07
26	Responsable del Programa	Realiza la "Evaluación del Desempeño del (la) Prestador (a)" y se entrega la "Carta de Término" al (la) Prestador(a).	SSPP-07 SSPP-08
27	Prestador(a)	Recibe el apoyo económico en la caja general y firma de recibido.	
28	Responsable del Programa	Genera Baja del (de la) Prestador(a)	
29	Responsable del Programa	Cierra el expediente del (de la) Prestador(a).	
FIN DEL PROCEDIMIENTO			

3

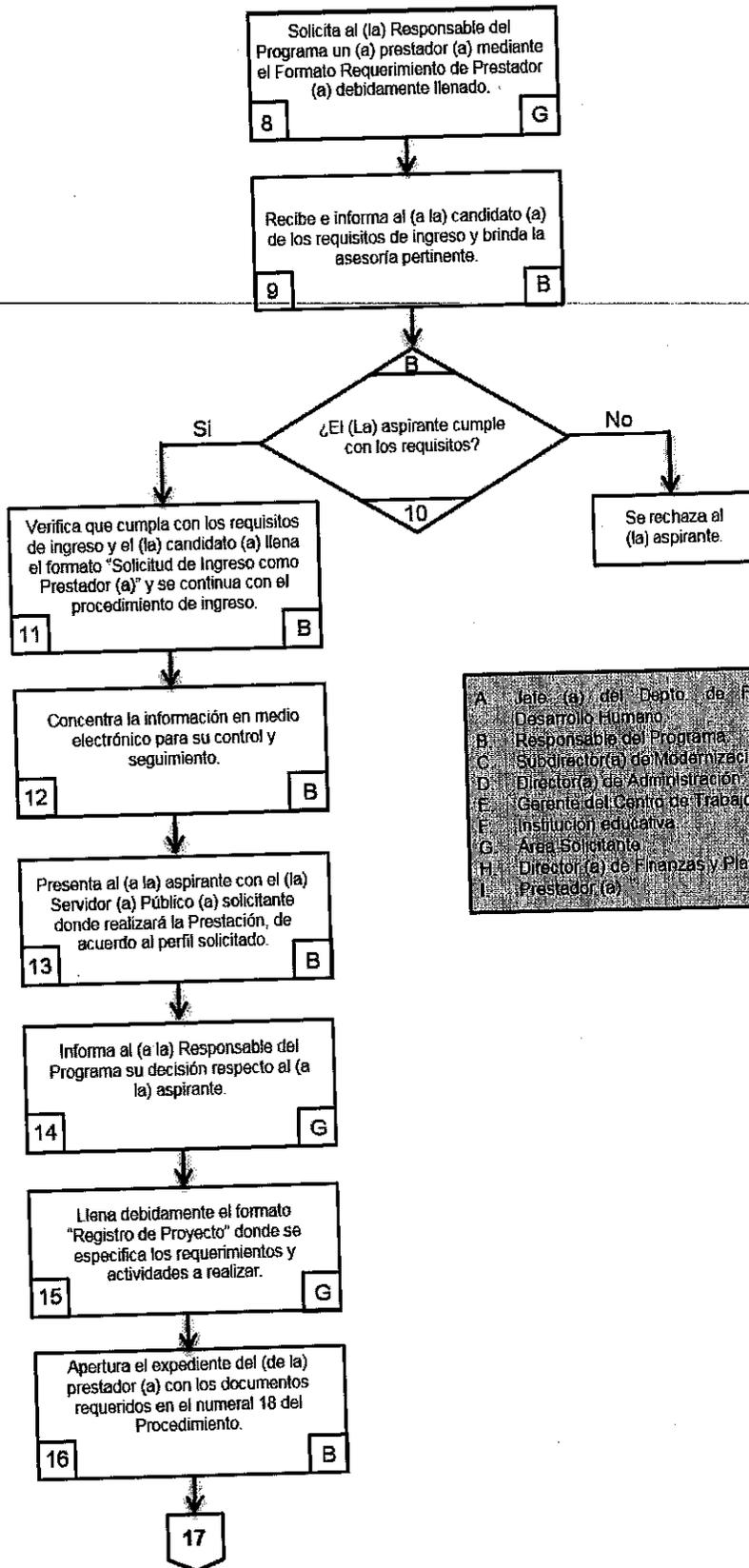


DIAGRAMA DE FLUJO

VST-DA-PR-006-12



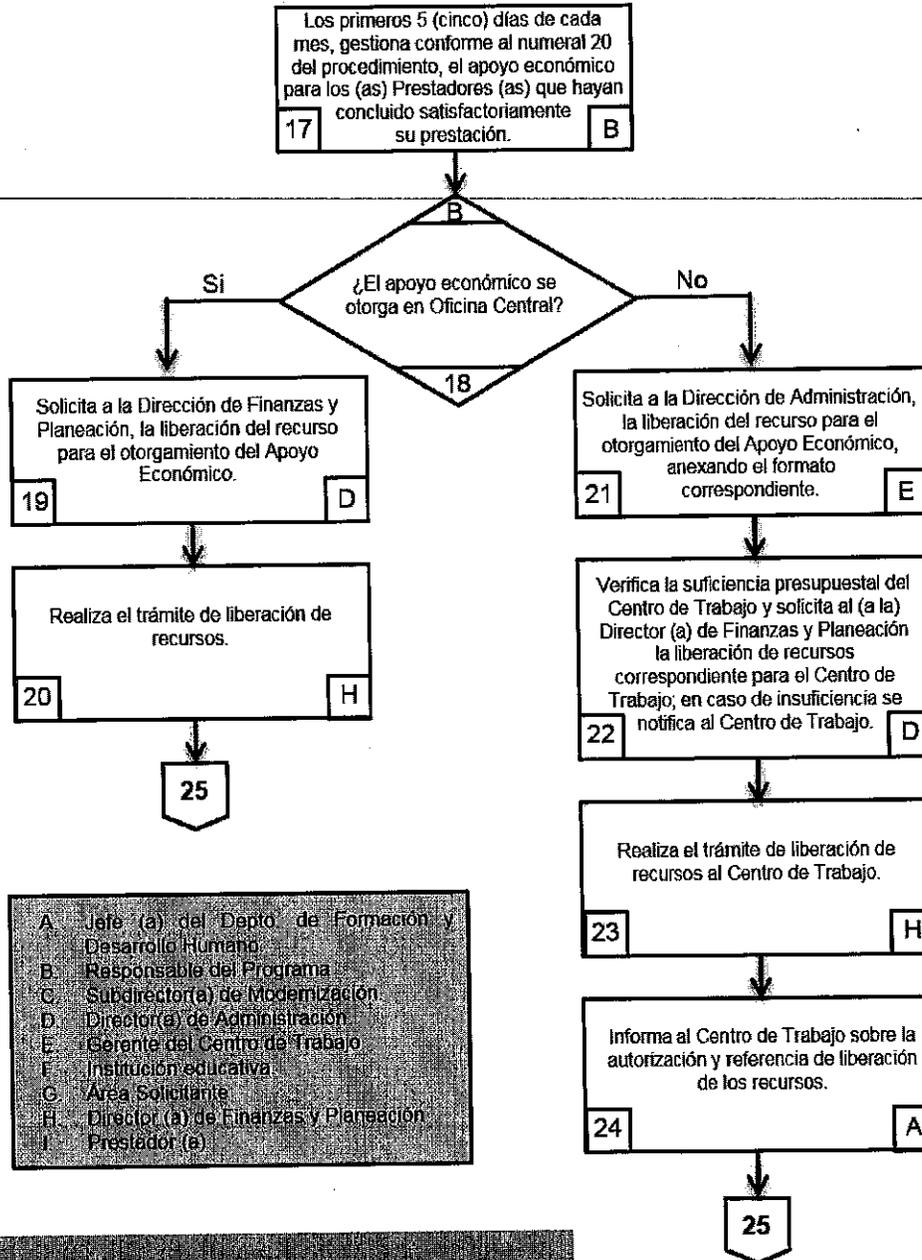
- A: Jefe (a) del Depto. de Formación y Desarrollo Humano
- B: Responsable del Programa
- C: Subdirector(a) de Modernización
- D: Director(a) de Administración
- E: Gerente del Centro de Trabajo
- F: Institución educativa
- G: Área Solicitante
- H: Director (a) de Finanzas y Planeación
- I: Prestador (a)



- A. Jefe (a) del Depto. de Formación y Desarrollo Humano
- B. Responsable del Programa
- C. Subdirector(a) de Modernización
- D. Director(a) de Administración
- E. Garante del Centro de Trabajo
- F. Institución educativa
- G. Área Solicitante
- H. Director (a) de Finanzas y Planeación
- I. Prestador (a)

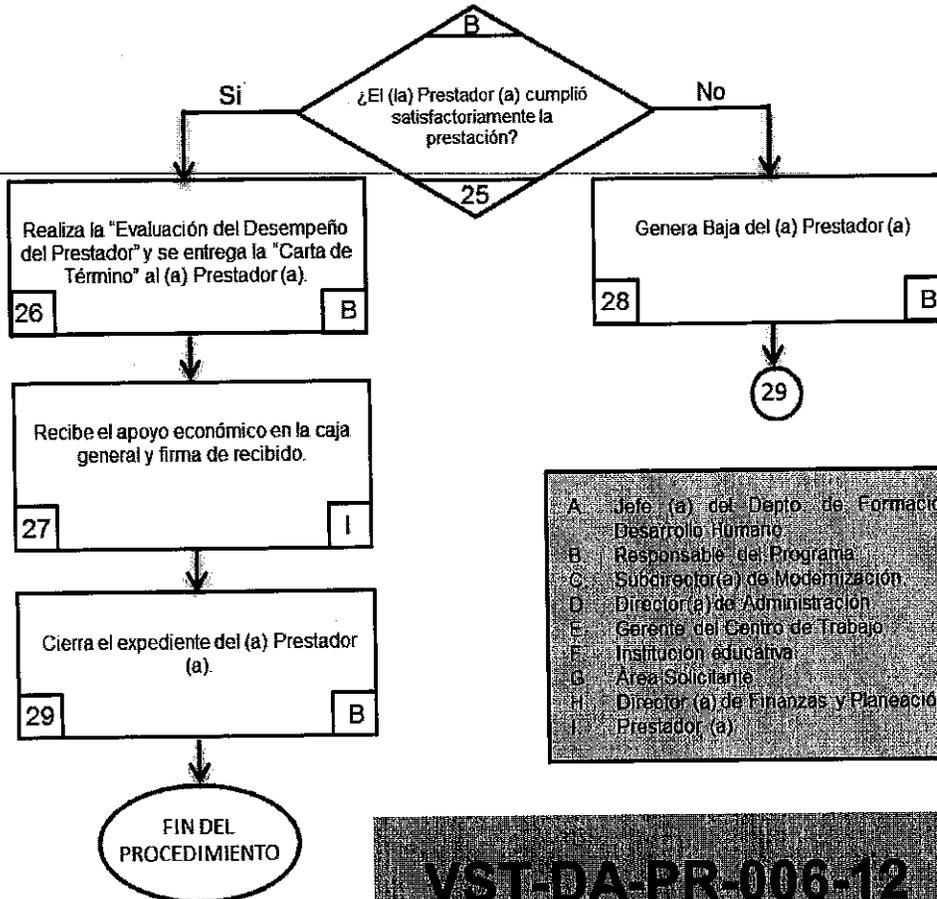
M

[Handwritten signatures and marks]



- A. Jefe (a) del Depto. de Formación y Desarrollo Humano
- B. Responsable del Programa
- C. Subdirectora (a) de Modernización
- D. Director(a) de Administración
- E. Gerente del Centro de Trabajo
- F. Institución educativa
- G. Área Solicitante
- H. Director (a) de Finanzas y Planeación
- I. Prestador (a)

VST-DA-PR-006-12



- A. Jefe (a) del Depto. de Formación y Desarrollo Humano
- B. Responsable del Programa
- C. Subdirector(a) de Modernización
- D. Director(a) de Administración
- E. Gerente del Centro de Trabajo
- F. Institución educativa
- G. Área Solicitante
- H. Director (a) de Finanzas y Planeación
- I. Prestador (a)

VST-DA-PR-006-12



RELACIÓN DE ANEXOS

NÚM.	NOMBRE DEL DOCUMENTO	CLAVE
1	Requerimiento de Prestador (a)	SSPP-01
2	Solicitud de Ingreso como Prestador (a)	SSPP-02
3	Registro de Proyecto	SSPP-03
4	Carta Responsiva de Bienes Informáticos	SSPP-04
5	Carta de Aceptación	SSPP-05
6	Control de Asistencia	SSPP-06
7	Carta de Término	SSPP-07
8	Evaluación del Desempeño del (la) Prestador (a)	SSPP-08
9	Control de Entrega de Apoyos Económicos	SSPP-09
10	Credencial de Servicio Social	SSPP-10
11	Credencial de Prácticas Profesionales	SSPP-11
12	Derechos y Obligaciones	SSPP-12
13	Autorización de Salida	SSPP-13



ANEXO 1
“FORMATO DE REQUERIMIENTO DE PRESTADOR (A)”

DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE MODERNIZACIÓN
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO HUMANO



REQUERIMIENTO DE PRESTADOR (A)

CLAVE: SSPP-01

Fecha:	DD	MM	AAAA
---------------	----	----	------

ÁREA QUE SOLICITA

Dirección, Gerencia o Programa de Abasto Social:	
Subdirección:	Centro de costos:
Departamento:	

DATOS DEL (LA) SOLICITANTE

Nombre:			
Cargo:			
Ext:	Mail:		

DATOS PARA LA PRESTACIÓN

Modalidad Requerida:	Servicio Social: <input type="checkbox"/>	Prácticas Profesionales: <input type="checkbox"/>
Grado escolar requerido:	Medio Superior: <input type="checkbox"/>	Superior: <input type="checkbox"/>
Horario requerido:	Matutino: <input type="checkbox"/>	Vespertino: <input type="checkbox"/>
Nombre del proyecto:		
Problemática o necesidades del área:		
Actividades que desempeñará el (la) prestador (a):		
1.-		
2.-		
3.-		
4.-		
5.-		
Especifique las habilidades que requiere del (la) prestador (a): (Manejo de Software, equipo de cómputo, etc.)		

Firma de (la) Solicitante:	Nombre, firma y cargo Del (la) Jefe (a) Inmediato Superior

[Handwritten signatures and marks]



**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO "SOLICITUD DE PRESTADOR(A)"
CLAVE SSPP-01**

1	FECHA: Fecha de llenado del formato.
2	NOMBRE DE LA DIRECCIÓN, GERENCIA O P.A.S: Área o Centro de Trabajo solicitante.
3	NOMBRE DE LA SUBDIRECCIÓN O SUBGERENCIA QUE SOLICITA AL (LA) PRESTADOR(A) DE SERVICIO: Subdirección o Subgerencia solicitante.
4	CENTRO DE COSTOS: Número de Centro de Costos de la Subdirección o Subgerencia a la que corresponde el Departamento solicitante.
5	DEPARTAMENTO SOLICITANTE: Nombre del Departamento solicitante.
6	NOMBRE DEL SOLICITANTE DEL PRESTADOR(A) DE SERVICIO: Nombre del Servidor (a) Público (a) solicitante.
7	CARGO: Cargo del Servidor (a) Público (a) solicitante.
8	EXTENSIÓN DEL SOLICITANTE: Extensión telefónica del (la) Servidor (a) Público (a) solicitante.
9	MAIL: Correo electrónico oficial del (la) Servidor (a) Público (a) solicitante.
10	MODALIDAD REQUERIDA: Seleccionar Servicio Social o Prácticas Profesionales
11	GRADO ESCOLAR REQUERIDO: Seleccionar el grado escolar del (la) Prestador (a) requerido (a)
12	HORARIO REQUERIDO: Seleccionar el turno en que se requiere al (la) Prestador (a)
13	NOMBRE DEL PROYECTO: Proyecto de trabajo en el que apoyará el (la) Prestador (a)
14	PROBLEMÁTICA O NECESIDAD DEL ÁREA: Necesidades del área para solicitar al (la) Prestador (a)
15	ACTIVIDADES QUE DESEMPEÑARÁ EL (LA) ESTUDIANTE: Actividades que se encomendarán al (la) Prestador (a).
16	ESPECIFIQUE LAS HABILIDADES QUE REQUIERE DEL (LA) PRESTADOR (A): Especifique las habilidades de manejo de software, equipo de cómputo, etcétera del (la) Prestador (a).
17	FIRMA DEL (LA) SOLICITANTE: Firma del (la) Servidor (a) Público (a) solicitante.
18	VO. BO. NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL JEFE INMEDIATO SUPERIOR AVALANDO EL PROYECTO Y LA SOLICITUD. Firma del (la) Servidor (a) Público (a) que avala la solicitud del (la) Prestador (a).



ANEXO 2
“FORMATO DE SOLICITUD DE INGRESO COMO PRESTADOR (A)”

DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE MODERNIZACIÓN
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO HUMANO

LICONSA
ABASTO SOCIAL DEL ICFE



SOLICITUD DE INGRESO COMO PRESTADOR (A)

CLAVE: SSPP-02

Fecha:	DD	MM	AA
---------------	----	----	----

DATOS PERSONALES

Nombre completo:			
CURP:		Edad:	Sexo:
Domicilio particular:			
Colonia:		C.P.:	
Delegación o Municipio:			
Tel. Part.:		Cel.:	
Correo Electrónico:			
En caso de accidente avisar a:			
Parentesco:		Cel.	
Tel. Trabajo:		Alérgico (a) a:	

DATOS ACADÉMICOS

Carrera que estudia:			
No. de Control:	CUENTA <input type="checkbox"/>	BOLETA <input type="checkbox"/>	MATRICULA <input type="checkbox"/>
	OTRO:		
Institución educativa:			
Nivel académico:	<small>Alcance Superior a Superior</small>	Semestre:	
Créditos cubiertos	<small>Porcentaje</small>	Promedio:	
Actividad a realizar:	S.S. <input type="checkbox"/>	P.P. <input type="checkbox"/>	Otro: <small>especificar</small>
Horario a cubrir:	De:	A:	<small>especificar</small>

Firma del (la) Prestador (a):

--

PARA LLENADO POR EL (LA) RESPONSABLE DEL PROGRAMA

Una vez se apruebe el ingreso del prestatario	Dirección:			
	Subdirección:		Centro de Costos:	
	Departamento:			
	Nombre del (la) entrevistador(a):			
	Cargo:		Ext.	
	Fecha de inicio de la prestación:	DD	MM	AA
	Observaciones:			



**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO "SOLICITUD DE INGRESO COMO PRESTADOR(A)"
CLAVE SSPP-02**

1	FECHA: Fecha de llenado del formato.
2	NOMBRE COMPLETO, CURP, EDAD, SEXO, DOMICILIO PARTICULAR, COLONIA, C.P. Y DELEGACIÓN O MUNICIPIO, TEL. PART., CEL., CORREO ELECTRÓNICO: Datos generales de identificación y localización del (la) candidato (a).
3	EN CASO DE ACCIDENTE AVISAR A, PARENTESCO, CEL., TEL. TRABAJO: Datos para ubicar a los (las) familiares o responsables del candidato (a) en caso de emergencia.
4	ALÉRGICO A: Alergias del (la) candidato (a).
5	DATOS ACADÉMICOS: Datos concernientes a la formación académica del (la) Candidato (a), actividad a realizar, horas requeridas para la prestación y horario a cubrir.
6	FIRMA DEL (LA) PRESTADOR (A).
7	PARA LLENADO POR EL RESPONSABLE DEL PROGRAMA: Datos del área a donde se asigna al (la) candidato (a) para entrevista.



ANEXO 3
"FORMATO DE REGISTRO DE PROYECTO"

DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE MODERNIZACIÓN
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO HUMANO



REGISTRO DE PROYECTO

CLAVE: SSPP-03

Fecha:	Día	Mes	Año
---------------	-----	-----	-----

DATOS DEL ÁREA	
Dirección, Gerencia o Programa de Abasto Social:	
Subdirección o Subgerencia:	
Centro de costos (Subdirección):	
Departamento:	

DATOS DEL (LA) RESPONSABLE DEL PROYECTO	
Nombre:	
Cargo:	
Ext:	Mail:
Nombre del proyecto:	
Problemática o necesidades del área:	
Actividades que desempeñará el (la) prestador (a):	
1.-	
2.-	
3.-	
4.-	
5.-	
Resultados que se esperan lograr con el proyecto:	
Nombre del (la) prestador(a) seleccionado (a):	
Observaciones:	

Nombre, firma y cargo del (la) responsable del proyecto

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO "REGISTRO DE PROYECTO"
CLAVE SSPP-03**

1	FECHA: Fecha de llenado del formato.
2	NOMBRE DE LA DIRECCIÓN, GERENCIA O P.A.S: Área o Centro de Trabajo solicitante.
3	NOMBRE DE LA SUBDIRECCIÓN O SUBGERENCIA QUE SOLICITA AL PRESTADOR DE SERVICIO: Subdirección o Subgerencia solicitante.
4	CENTRO DE COSTOS: Número de Centro de Costos de la Subdirección o Subgerencia a la que corresponde el Departamento solicitante.
5	DEPARTAMENTO SOLICITANTE: Nombre del Departamento solicitante.
6	NOMBRE DEL SOLICITANTE DEL PRESTADOR DE SERVICIO: Nombre del Servidor (a) Público (a) solicitante.
7	CARGO: Cargo del Servidor (a) Público (a) solicitante.
8	EXTENSIÓN DEL SOLICITANTE: Extensión telefónica del (la) Servidor (a) Público (a) solicitante.
9	MAIL: Correo electrónico oficial del (la) Servidor Público (a) solicitante.
10	NOMBRE DEL PROYECTO: Proyecto de trabajo en el que apoyará el (la) Prestador (a)
11	PROBLEMÁTICA O NECESIDAD DEL ÁREA: Necesidades del área para solicitar al (la) Prestador (a)
12	ACTIVIDADES QUE DESEMPEÑARÁ EL ESTUDIANTE: Actividades que se encomendarán al (la) Prestador (a).
13	RESULTADOS QUE SE ESPERAN LOGRAR CON EL PROYECTO: Especificar los resultados que se obtendrán con la asignación del (la) prestador (a).
14	NOMBRE DEL (LA) PRESTADOR (A) SELECCIONADO (A)
15	OBSERVACIONES: Especificar alguna particularidad general del proyecto.
16	NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL PROYECTO. Firma del (la) Servidor (a) Público (a) que será responsable del proyecto.

ANEXO 4
“FORMATO DE CARTA RESPONSIVA DE BIENES INFORMÁTICOS”

DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE MODERNIZACIÓN
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO HUMANO

LICONSA
ARABOTÓNICA DE LECTURAS

CARTA RESPONSIVA DE BIENES INFORMÁTICOS

CLAVE: SSPP-04

Naucalpan de Juárez, Estado de México, a _____ de _____ de _____.

C. _____

No. de Control: _____

En mi carácter de Prestador (a) del Servicio Social y/o Prácticas Profesionales, y en virtud de la incorporación como Prestador (a) de Servicio a Liconsa y con base en la obligación de hacer un correcto uso de los bienes informáticos (hardware y software), así como de la información que genere, conozca o resguarde, con dichos bienes, en el ejercicio de las funciones y actividades para las que fui incorporado (a) a la institución o aquellas que se me asignen posteriormente, me comprometo a lo siguiente:

GENERAL

1. Atender las instrucciones para el buen uso de los bienes informáticos de Liconsa, incluyendo manuales de usuario u otras normas, y cualquier otra indicación del Departamento de Tecnologías de la Información.
2. Usar exclusivamente para fines institucionales los equipos, sistemas y programas que me sean asignados, así como los servicios de comunicaciones (Red institucional, Internet, Correo, FTP, etc.).
3. Evitar el uso de los bienes informáticos, propiedad de Liconsa, que están asignados al Departamento en asuntos personales, para beneficio propio o de terceros.
4. Nunca utilizar los bienes informáticos del (la) responsable del proyecto o el Departamento, en perjuicio de Liconsa, el Gobierno Federal o cualquier otra instancia que pudiera ser afectada.
5. Cuidar el uso responsable de las cuentas de red, Internet y/o correo, así como sus contraseñas, ya que éstas son personales e intransferibles.
6. Colaborar en todo momento con las acciones de mantenimiento preventivo y correctivo, programadas o de emergencia, así como con las auditorías y/o monitoreos que lleve a cabo la Subdirección de Desarrollo de Sistemas Informáticos.
7. No modificar la configuración de cualquier servicio o software de los equipos a cargo del (la) responsable del proyecto o el Departamento.
8. No conectar a la red de corriente regulada ningún aparato distinto a los de cómputo, personal o periféricos que me sean asignados.

CORREO

9. Usar la dirección de correo que me sea asignada para fines institucionales.
10. Evitar abrir correos del (la) responsable del proyecto, remitentes no conocidos o no relacionados con Liconsa, sobre todo aquellos con temas en idioma inglés.
11. Depurar con periodicidad el buzón o buzones a mi cargo, eliminando o respaldando la información innecesaria o no oficial.
12. No enviar correo electrónico no solicitado (unsolicited bulk e-mail, UBE) o cadenas con propósitos comerciales, informativos, publicitarios, políticos o religiosos, ni correos mayores a 1.5 Mb.

1/2

DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE MODERNIZACIÓN
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO HUMANO

LICONSA
ARABO SOCIAL DE LICHA

INTERNET

13. Usar el servicio de Internet que me sea asignado, exclusivamente a través de la cuenta y password a mi nombre.
14. Utilizar el servicio exclusivamente para transferencia de datos, búsqueda de información relacionada con el objetivo y funciones de la actividad a desarrollar, y para interactuar con sitios oficiales o relacionados con la actividad encomendada por el (la) responsable del proyecto o Departamento.

RED

15. Usar la red interna de comunicación para fines exclusivamente institucionales.
16. Evitar colocar en la Red información ajena a los intereses de Liconsa y a las funciones y actividades asignadas.

EQUIPO DE CÓMPUTO PERSONAL.

17. Usar todos los equipos de cómputo (los asignados directamente y los de uso común), con todo el cuidado necesario y sólo para fines institucionales.
18. Cuidar que la información contenida en los discos duros de los equipos asignados, fijos o portátiles, sea exclusivamente de carácter oficial y esté constantemente respaldada, según los procedimientos establecidos.
19. No modificar la configuración del equipo asignado, ni en su sistema operativo ni en el acceso a redes, etc.
20. Llevar a cabo las rutinas de respaldo de la información oficial almacenada en los equipos a mi cargo, dependiendo de su volumen y la importancia de la misma.

SOFTWARE Y SISTEMAS INSTITUCIONALES

21. Evitar bajar y cargar en los equipos a cargo del (la) responsable del proyecto, software no autorizado expresamente por la Subdirección de Tecnología de Información.
22. No copiar ni utilizar sin la autorización correspondiente el software o los sistemas propiedad de Liconsa, instalado en el equipo, la red institucional o cualquier otro equipo.
23. No instalar en los equipos, de uso común o la red, software que no sea legalmente propiedad de Liconsa o del cual no se tenga licencia de uso.
24. No instalar software personal, sea o no dueño (a) de su licencia de uso o programas fuente, sin la autorización de la Subdirección de Tecnología de Información.
25. Solicitar por escrito autorización para el uso de software de comunicación interactiva.

Acepto que cualquier falta a los compromisos antes descritos o cualquier uso inadecuado de los bienes informáticos a cargo del (la) responsable del proyecto, sea turnado para lo conducente al Departamento de Formación y Desarrollo Humano.

FIRMA DEL (LA) PRESTADOR (A)

2/2



ANEXO 5
"CARTA DE ACEPTACIÓN"

DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE MODERNIZACIÓN
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO HUMANO



CARTA DE ACEPTACIÓN
CLAVE: SSPP-05

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE MODERNIZACIÓN
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO HUMANO

_____ a _____ de _____ del 20 _____

CARTA DE ACEPTACIÓN

PRESENTE.

Por medio de la presente, se hace constar que el (la) alumno(a) _____
con número de matrícula _____ de la carrera _____, ha sido
aceptado (a) en esta Institución, en el Programa _____, para realizar su
_____ en el Departamento de _____.

El periodo de realización, se programa del _____ de _____ a _____ de _____
del _____, cubriendo un total de _____ horas, de lunes a viernes en el horario de
_____ a _____ horas.

Actividades a realizar:

- _____
- _____

Sin otro particular por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE

Nombre, firma y cargo del (la) Responsable del Programa

C.P.

Reporte Técnico No. 1, Frasco, Lomas de Solano, Nuevaquén de Juárez, C.P. 53330, Estado de México,
Tel: (56) 5237 9100 - www.liconsa.org.mx
"Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social"





INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO "CARTA DE ACEPTACIÓN"

CLAVE SSPP-05

1	FECHA: Lugar y fecha de elaboración de la carta.
2	Nombre y cargo de la persona a quien se dirige la carta.
3	Tipo de prestación que se realiza.
4	Nombre completo del (la) prestador (a).
5	Número de control escolar (Boleta, matrícula, cuenta, etc.).
6	Carrera Técnica o Profesional que cursa.
7	Tipo de prestación que realizará.
8	Área en que se realizará la prestación.
9	Periodo en el que se realizará la prestación.
10	Total de horas a cubrir.
11	Horario en el que se realizará la prestación.
12	Actividades que realizará el (la) Prestador (a)
13	Nombre, firma y cargo del (la) Responsable del Programa



ANEXO 6
"FORMATO DE CONTROL DE ASISTENCIA"

DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE MODERNIZACIÓN
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO HUMANO



CONTROL DE ASISTENCIA

CLAVE: SSPP-06

Nombre del (la) prestador (a):	
Periodo:	

SEMANA DEL DÍA:		AL DÍA:		FIRMA DEL PRESTADOR
DÍA	HORA			
	ENTRADA	SALIDA		
LUN				
MAR				
MIER				
JUE				
VIE				

SEMANA DEL DÍA:		AL DÍA:		FIRMA DEL PRESTADOR
DÍA	SALIDA			
	ENTRADA	SALIDA		
LUN				
MAR				
MIER				
JUE				
VIE				

SEMANA DEL DÍA:		AL DÍA:		FIRMA DEL PRESTADOR
DÍA	HORA			
	ENTRADA	SALIDA		
LUN				
MAR				
MIER				
JUE				
VIE				

SEMANA DEL DÍA:		AL DÍA:		FIRMA DEL PRESTADOR
DÍA	SALIDA			
	ENTRADA	SALIDA		
LUN				
MAR				
MIER				
JUE				
VIE				

Vo. Bo.

Encargado (a) del Programa



ANEXO 7
"FORMATO DE CARTA DE TÉRMINO"

DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE MODERNIZACIÓN
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO HUMANO

LICONSA
ASOCIACIÓN DEL ESTADO



CARTA DE TÉRMINO
CLAVE: SSPP-07

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

MÉXICO
CORPORACIÓN LA EFICIENCIA



SEDESOL LICONSA
SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL ASOCIACIÓN DEL ESTADO



DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE MODERNIZACIÓN
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO HUMANO

_____ a _____ de _____ del 20_____

CARTA DE TÉRMINO

PRESENTE.

Por medio de la presente, se hace constar que el/la alumno(a) _____
con número de matrícula _____ de la carrera _____ ha
terminado en esta Institución su _____ en el Departamento de _____.

El periodo de realización, se programó del _____ de _____ al _____ de _____
del _____ cubriendo un total de _____ horas, de lunes a viernes en el horario de
_____ a _____ horas.

Actividades a que realizó:

- _____
- _____

Sin otro particular por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE

Nombre, firma y cargo del responsable del programa

SEDESOL

Ricardo Torres M.A.T. Franc. Lomas de Solís, Municipio de Juárez, C.P. 56390, Estado de México.
Tel: (55) 2237 9100 - Email: rtorres@sedesol.gob.mx

"Este Programa es público, abierto a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social"





INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO "CARTA DE TÉRMINO"

CLAVE SSPP-07

1	FECHA: Lugar y fecha de elaboración de la carta.
2	Nombre y cargo de la persona a quien se dirige la carta.
3	Tipo de prestación que realizó.
4	Nombre completo del (la) prestador (a).
5	Número de control escolar (Boleta, matrícula, cuenta, etc.).
6	Carrera Técnica o Profesional que cursa.
7	Tipo de prestación que realizó.
8	Área en que realizó la prestación.
9	Periodo en el que se realizará la prestación.
10	Total de horas de la prestación.
11	Horario en el que se realizó la prestación.
12	Actividades que realizó el (la) Prestador (a)
14	Nombre, firma y cargo del (la) Responsable del Programa

ANEXO 8
“FORMATO DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL (LA) PRESTADOR (A)”

DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE MODERNIZACIÓN
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO HUMANO

LICONSA
ARABO SOCIAL DE EDUCACIÓN

EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

CLAVE: SSPP08

EVALUACIÓN FINAL DEL DESEMPEÑO S.S. Y/O P.P.

Nombre:	Área:			
Fecha de inicio:	Fecha de término:			
Actividad del (la) prestador (a):				
RESPONSABILIDAD	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO
Rendimiento de su trabajo				
Iniciativa				
Colaboración				
Puntualidad				
Disciplina				
COMPORTAMIENTO				
Relación con su Jefe (a)				
Relación con sus compañeros (as)				
Relación con sus colaboradores (as)				
Comportamiento personal				
Comunicación				
APRENDIZAJE				
Facilidad para aprender				
Calidad en el trabajo				
Cumple con las exigencias del puesto				
IMAGEN PERSONAL				
Presentación				
Higiene				

Señale cuál de los siguientes aspectos considera que debe reforzar el (la) alumno (a):

<input type="checkbox"/> Compromiso	<input type="checkbox"/> Colaboración
<input type="checkbox"/> Relaciones interpersonales	<input type="checkbox"/> Capacidad de negociación
<input type="checkbox"/> Apego a las normas	<input type="checkbox"/> Calidad Profesional
<input type="checkbox"/> Creatividad	<input type="checkbox"/> Solución de Problemas
<input type="checkbox"/> Iniciativa	<input type="checkbox"/> Facilidad de Palabra
Otros:	
Observaciones:	

Finalmente señale:

<input type="checkbox"/> Terminó con las labores encomendadas	<input type="checkbox"/> Se le puede expedir su carta de terminación
---	--

Nombre y Firma del (la) Responsable del Estudiante

N° de Nómina. _____ Ext. _____



**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO "CONTROL DE ENTREGA DE APOYO ECONOMICO"
CLAVE SSPP-09**

1	Mes de pago.
2	Consecutivo
3	Número de control interno.
4	Nombre completo.
5	Sexo
6	Tipo de prestación que realizó (Servicio Social o Práctica Profesional).
7	Institución Educativa donde realiza sus estudios.
8	Institución Pública o Privada.
9	Fechas de ingreso y término.
10	Datos del área donde se realizó la prestación.
11	Centro de costos de la Subgerencia o Subdirección donde se realizó la prestación.
12	Nivel académico del (la) prestador (a) (Medio Superior o Superior).
13	Importe total a recibir en el mes.
14	Firma de recibido del (la) prestador (a).
15	Total general a pagar.
16	Resumen del número total de hombres y mujeres que reciben el apoyo.
17	Resumen por tipo de prestación.
18	Resumen por tipo de institución.
19	Firma del (la) Servidor (a) Público (a) que requisita el formato.
20	Firma del (la) Servidor (a) Público (a) que aprueba el formato.
21	Firma del (la) Servidor (a) Público (a) que autoriza el formato.

M

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



ANEXO 10
“FORMATO DE CREDENCIAL DE SERVICIO SOCIAL”

DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE MODERNIZACIÓN
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO HUMANO



CREDENCIAL DE SERVICIO SOCIAL

CLAVE: SSPP-10

 ID 485	Luis Enrique Vázquez Torres SERVICIO SOCIAL Mra. Karla G. Jiménez Carrasco Responsable Inmediata Subdirección de Modernización Adscripción
16:00 a 19:00 Horario	LICONSA ABASTO SOCIAL DE LECHE
17/05/2018 - 19/11/2018 Período	

Reglamento:

- 1.- Presentar puntualmente, su entrada y salida de la empresa.
- 2.- El (la) proveedor (a) no está autorizado (a) para absentarse la empresa a menos que dicho ausente esté autorizado por el (la) jefe (a) del Departamento de PDIH.
- 3.- En el caso de faltar, dar aviso a su responsable inmediato y posteriormente, entregar el justificante correspondiente al área de Servicio Social, ya que los faltas injustificadas, ocasionan costo.
- 4.- Conducirse de manera profesional y ética.
- 5.- Cuidar y salvaguardar el mobiliario y equipo de cómputo.
- 6.- Tratar con respeto a sus compañeros (as) y venir con orden.

Firma del (de) Responsable
del Programa

Firma del (de) Proveedor (a)



ANEXO 11
"FORMATO DE CREDENCIAL DE PRÁCTICAS PROFESIONALES"

DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE MODERNIZACIÓN
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO HUMANO

LICONSA
ABASTO SOCIAL DE LECHE



CREDENCIAL DE PRÁCTICAS PROFESIONALES

CLAVE: SSPP-11



**Edith Espinoza
Guerrero**

PRÁCTICAS
PROFESIONALES

Lic. María Inés Vaca Franco
Responsable inmediata
Dirección General
Asesoría

LICONSA

10 457

09:00 a 13:00
Horario

17/05/2018 - 19/11/2018
Período

Reglamento:

- 1.- El (la) prestador (a) no está autorizado (a) para abastecer la empresa a menos que dicha estado esté autorizado por este (a) (a) del Departamento de HCDH.
- 2.- En el caso de faltar, dar aviso a su responsable inmediato y posteriormente, entregar el justificante correspondiente al área de Servicio Social, ya que son todas las justificaciones, copiarán copia.
- 3.- Conducirse de manera profesional y ética.
- 4.- Cuidar y salvaguardar el ambiente y equipo de cómputo.
- 5.- Trabaja con respeto a sus compañeros(as) y con el buen decoro.

Firma del (a) Responsable
del Programa

Firma del (a) Prestador (a)



ANEXO 12
"FORMATO DE DERECHOS Y OBLIGACIONES"

DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE MODERNIZACIÓN
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO HUMANO

LICONSA
BANCO SOCIAL DEL ESTE



DERECHOS Y OBLIGACIONES

CLAVE: SSPP-12

I.- DERECHOS:

1. Recibir orientación y trato respetuoso por parte del personal de LICONSA.
2. Desarrollar la prestación en condiciones de higiene y seguridad, en un espacio físico adecuado, con material, información y equipo para el desarrollo de las actividades asignadas.
3. Recibir el apoyo económico estipulado en el programa.
4. Recibir oportunamente la documentación requerida para el registro, seguimiento y conclusión de la prestación.
5. Recibir la debida inducción a fin de integrarse a Liconsa y a su Área de trabajo para facilitar el desarrollo de sus actividades.
6. Ser informado(a) sobre las normas básicas a las que deben apegarse durante el desarrollo la prestación.

II.- OBLIGACIONES:

1. El (la) prestador(a) no está autorizado(a) para abandonar el Centro de Trabajo, a menos que dicha salida esté autorizada por el (la) Responsable del Programa, mediante el formato "Autorización de Salida", Clave SSPP-12.
2. Registrar diariamente su entrada y salida del Centro de Trabajo, utilizando el sistema de chequeo destinado para el registro de Prestadores(as) de Servicio, o bien, mediante el formato "Control de Asistencia", Clave SSPP-06 controlado por el (la) Responsable del Programa.
3. En el caso de inasistencia, el (la) prestador(a) deberá dar aviso a su responsable directo vía telefónica y posteriormente entregar al Responsable del Programa el justificante correspondiente, ya que más de 3 (tres) faltas injustificadas causarán baja.
4. Conducirse de manera profesional y ética, ya que una mala conducta será motivo de sanción o de suspensión.
5. Cuidar y salvaguardar el mobiliario y equipo de cómputo.
6. Tratar con respeto a sus compañeros (as) y vestir con decoro.
7. Realizar los trámites administrativos ante el (la) Responsable del Programa.
8. Realizar en tiempo y forma las actividades encomendadas por su Responsable directo y presentar los informes de las actividades realizadas durante la prestación que le sean solicitados.
9. En caso de interrumpir la prestación por cualquier motivo, deberá notificarlo por escrito al (la) Responsable del Programa.
10. Respetar las disposiciones legales y políticas que establece LICONSA S.A. DE C.V.
11. Informar a la unidad de servicio social de la escuela correspondiente, si durante su estancia en la empresa, no se respetan sus derechos, o si se presenta algún problema que afecte el correcto desarrollo de sus actividades.
12. Portar la credencial de prestador en un lugar visible mientras se encuentre dentro de las instalaciones de LICONSA S.A. DE C.V.

ENTERADO (A)

NOMBRE Y FIRMA



ANEXO 13
“FORMATO DE AUTORIZACIÓN Y SALIDA”

DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE MODERNIZACIÓN
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO HUMANO

LICONSA
ARABO SOCIAL DE LECHE



AUTORIZACIÓN DE SALIDA

CLAVE: S5PP-13

DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Subdirección de Modernización Departamento de Formación y Desarrollo Humano			
AUTORIZACIÓN DE SALIDA			
Prestadores (as) de Servicio Social y/o Prácticas Profesionales			
Nombre del Solicitante		Área de adscripción	
Fecha:			
Hora de Salida:		Hora de Regreso:	
MOTIVO DE LA SALIDA			
Personal <input type="radio"/>	Salud <input type="radio"/>	Escolar <input type="radio"/>	
AUTORIZACIÓN DE LA SALIDA			
Firma del (la) Responsable del Programa		Sello del departamento de FDH	
Nombre y Firma del (la) Responsable del Prestador			

[Handwritten signatures and marks]



VIII.12 SEGURO DE VIDA Y GASTOS MÉDICOS MAYORES
CLAVE: VST-DA-PR-006-13

SUBPROCEDIMIENTOS

- A. RENOVACIÓN, ALTA, BAJA Y/O MODIFICACIÓN DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES DE EMPLEADOS(AS) Y DEPENDIENTES ECONÓMICOS.**

OBJETIVO

- Establecer las políticas para administrar la póliza de seguro de gastos médicos mayores, contratada con una Compañía de Seguros con la finalidad de otorgar asistencia médica, hospitalaria, quirúrgica y de rehabilitación, en caso de accidente o enfermedad a los empleados de Liconsa, S.A. de C.V. y dependientes económicos asegurados, con el propósito de coadyuvar a la estabilidad económica, seguridad y bienestar de los empleados de la Entidad.



POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. Para solicitar el alta, baja o modificación del Titular, deberá realizarse mediante el formato DA-SRMSG-020 "Aviso de Altas, Bajas, Transferencias y Modificaciones de Asegurados Titulares y de Dependientes Económicos Seguro de Gastos Médicos Mayores" y presentarse en original y copia.
2. Toda solicitud de alta, baja o modificación de dependientes económicos, deberá presentarse en original y copia, mediante el formato DA-SRMSG-020 "Reporte de Altas, Bajas, Transferencias y Modificaciones de Asegurados Titulares y de Dependientes Económicos, Seguro de Gastos Médicos Mayores", al Departamento de Administración de Riesgos.
3. Es responsabilidad de cada empleado(a) llenar y firmar la solicitud de altas, bajas y modificaciones de dependientes económicos y entregarla al Departamento de Administración de Riesgos; en el caso de los centros de trabajo, deberán realizar dicho trámite a través del Departamento de Relaciones Industriales, el cual enviará mediante oficio a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios Generales, a más tardar 5 (cinco) días hábiles después del acontecimiento de dichos movimientos.
4. Tiene derecho a esta prestación, el personal de confianza que cuente con contrato de trabajo por tiempo indefinido, éstos pueden asegurar también a sus dependientes económicos directos ascendientes y descendientes aceptando el costo de la prima correspondiente. Así mismo, tiene derecho a esta prestación el personal sindicalizado que de acuerdo a su contrato colectivo cuente con este beneficio.
5. El Departamento de Administración de Riesgos envía (en el mes de diciembre de cada año), a los centros de trabajo, el listado con la información necesaria para llevar a cabo la conciliación y revisión para la Renovación de la Póliza del Seguro de Gastos Médicos Mayores.
 - Número del Centro de Trabajo.
 - Número de nómina.
 - Nombre completo del/la titular asegurado(a).
 - Nombre completo de los dependientes asegurados.
 - Fecha de nacimiento de los asegurados(as).
 - Sexo de los asegurados(as).
 - Parentesco.
 - Fecha de antigüedad.
 - Suma asegurada correspondiente de acuerdo al nivel salarial.
 - Incremento de suma asegurada.
6. Es responsabilidad del Departamento de Recursos Humanos de Oficina Central y del Departamento de Relaciones Industriales del Centro de Trabajo, informar al Departamento de Administración de Riesgos, a través del formato DA-SRMSG-020, cuando existan movimientos del personal, tales como: altas, bajas, transferencias y/o modificaciones de nivel salarial del titular dentro de los primeros 5 (cinco) días posteriores a la ocurrencia de dicho movimiento. Dicho formato tiene que ser firmado y sellado por el/la responsable del Departamento de Relaciones Industriales del Centro de Trabajo y debe contener los siguientes datos:
 - Nombre completo (sin abreviaturas).
 - Registro Federal de Causantes.
 - Fecha de nacimiento.
 - Tipo de movimiento.
 - Fecha de movimiento.



- Nivel salarial.
 - Sexo.
 - Número de nómina.
 - Parentesco.
 - Suma asegurada, correspondiente de acuerdo al nivel salarial.
 - Incremento de suma asegurada.
7. El Departamento de Relaciones Industriales del Centro de Trabajo tiene la responsabilidad de notificar al ~~Departamento de Administración de Riesgos, a más tardar dentro de los primeros 5 (cinco) días en que~~ ocurrió la baja de los dependientes económicos asegurados, mediante el formato DA-SRMSG-020 el cual debe contener los siguientes datos, de los dependientes que causarán baja en la misma fecha del titular.
- Nombre completo del/la asegurado(a) titular y en su caso de los/las dependientes (sin abreviaturas).
 - Número de nómina.
 - Fecha de nacimiento.
 - Tipo de movimiento.
 - Fecha de movimiento.
 - Sexo.
 - Nivel salarial.
 - Parentesco.
 - Suma asegurada, correspondiente de acuerdo al nivel salarial.
 - Incremento de suma asegurada.
8. Causarán baja de esta póliza, aquellas personas que hayan dejado de pertenecer a la colectividad asegurada, así como, su cónyuge, hijos(as) dependientes económicos y/o padres del asegurado.
9. El Departamento de Relaciones Industriales del Centro de Trabajo y el Departamento de Recursos Humanos de Oficina Central, en su caso, deberán comunicarle a los empleados de nuevo ingreso que tienen derecho a esta prestación y que pueden incluir a sus dependientes económicos, absorbiendo el costo de la prima correspondiente.
- Las/los servidores públicos de Mandos Medios y Superiores tienen derecho a incluir a la colectividad de este seguro a sus dependientes directos (cónyuge e hijos(as) menores de 25 –veinticinco- años), quedando a cargo de Liconsa, S.A. de C.V. el costo de la suma asegurada básica del seguro.
 - En lo que respecta a sus ascendientes directos, los funcionarios pagarán el costo de la prima correspondiente.
 - Las y los empleados de confianza del nivel 15 (quince) e inferiores pueden incluir a sus dependientes económicos directos (cónyuge, hijos(as) y padres) absorbiendo el costo de la prima correspondiente.
 - La prima correspondiente al incremento de sumas aseguradas será pagado por el empleado(a) no importando su nivel salarial o jerárquico.
10. Durante la vigencia de la póliza se podrán incluir a los dependientes económicos del empleado, siempre y cuando, cumplan con las edades de aceptación y se reporte el alta dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes al inicio del contrato por tiempo indefinido, matrimonio o el nacimiento de hijos(as).
11. Las edades límites de aceptación y renovación son:
- a) Asegurados(as) titulares sin límite de edad.



- b) Cónyuges del asegurado(a) titular hasta los 74 (setenta y cuatro) años de edad. En caso de renovación ésta podrá efectuarse hasta los 79 (setenta y nueve) años, cancelándose automáticamente al siguiente aniversario de la póliza en que el asegurado cumpla los 80 (ochenta) años de edad.
 - c) Hijos(as) dependientes económicos, desde el nacimiento hasta los 24 (veinticuatro) años de edad, cancelándose automáticamente al siguiente aniversario de la póliza en el que el asegurado cumpla 25 (veinticinco) años de edad.
 - d) Hijos(as) dependientes económicos mayores de 25 (veinticinco) años, únicamente si son solteros(as), estudiantes de tiempo completo y en caso de renovación, cancelándose automáticamente al siguiente aniversario de la póliza en el que el asegurado cumpla 30 (treinta) años de edad (la prima de estos asegurados(as) siempre será a cargo del asegurado(a) titular no importando su nivel salarial o jerárquico).
 - e) Padres del asegurado(a) titular hasta los 69 (sesenta y nueve) años de edad. En caso de renovación ésta podrá efectuarse hasta los 74 (setenta y cuatro) años, cancelándose automáticamente al siguiente aniversario de la póliza en que el asegurado(a) cumpla los 75 (setenta y cinco) años de edad.
12. La baja de dependientes por ningún motivo se podrá realizar durante la vigencia de la póliza, sino hasta la renovación de la misma que es cada 31 de diciembre.
13. En los centros de trabajo el Área de Relaciones Industriales correspondiente informará al área de Contabilidad, los importes a descontar quincenalmente a los empleados(as) por concepto del seguro de gastos médicos mayores.
14. Si el Centro de Trabajo no llegará a reportar los movimientos de altas, bajas, transferencias y modificaciones dentro del plazo establecido (cinco días hábiles después del acontecimiento de dichos movimientos), el Departamento de Administración de Riesgos pondrá a consideración de la compañía aseguradora el movimiento y la responsabilidad del rechazo o fecha de aceptación del movimiento recaerá en el Centro de Trabajo, el cual será informado por el Departamento de Administración de Riesgos mediante oficio. Asimismo, se notificará al Órgano Interno de Control para su conocimiento y participación de darse el supuesto de que con la falta de oportunidad en la entrega de información se llegará a constituir un daño en contra de la Entidad.
15. Es responsabilidad del Departamento de Relaciones Industriales informar a los empleados que tiene derecho a incrementar su suma asegurada a 550, 1000 y 2000 SMGM, absorbiendo cada empleado el costo correspondiente.
16. Es responsabilidad de cada empleado solicitar al Departamento de Administración de Riesgos, si desea incrementar su suma asegurada, esto lo deberá solicitar dentro de los primeros 15 (quince) días naturales siguientes a su contratación, llenando el formato DA-SRMSG-020 indicando el incremento correspondiente, o junto con el aviso de alta de sus dependientes económicos.
17. De acuerdo con las condiciones generales de la póliza de gastos médicos mayores, todos los movimientos de altas, bajas y modificaciones, Liconsa, S.A. de C.V. deberá de comunicarlos a la compañía aseguradora dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes en que éstos ocurran; de lo contrario, la compañía aseguradora podrá condicionar la aceptación del asegurado(a) en caso de alta, así como, los cambios de nivel salarial, y exigir el pago de primas de cada asegurado(a) que se dé de baja, hasta la fecha en que tuvo conocimiento de ella.
18. En el caso de que el empleado dado de baja solicite se descuente de su finiquito o liquidación el costo de la cobertura de gastos médicos mayores, se otorgará previa autorización de la compañía aseguradora, hasta



el término de la vigencia del ejercicio en que hubiera ocurrido la baja del empleado, dicha autorización dependerá de los criterios de elegibilidad de la compañía aseguradora.

19. La póliza del seguro de gastos médicos mayores será pagada como se indica a continuación.

PAGO DE ASEGURADOS TITULARES.

Al inicio de vigencia de la póliza, Liconsa, S.A. de C.V. pagará a la compañía aseguradora de forma anual la prima básica correspondiente a los asegurados titulares, para lo cual la aseguradora emitirá un recibo que cumpla con todos los requisitos fiscales vigentes a nombre de Liconsa, S.A. de C.V. que cubra toda la vigencia de la póliza.

PAGO DE DEPENDIENTES.

- DEPENDIENTES DE FUNCIONARIOS

Al inicio de vigencia de la póliza, Liconsa, S.A. de C.V. pagará a la aseguradora de forma anual las primas básicas correspondientes a los dependientes directos (cónyuge e hijos menores de 25 (veinticinco) años de edad) de las y los servidores públicos (Director(a) General, Directores(as) de Área, Subdirectores(as), Jefes(as) de Departamento o puestos homólogos), para lo cual, la aseguradora emitirá un recibo con todos los requisitos fiscales vigentes a nombre de Liconsa, S.A. de C.V. que cubra toda la vigencia de la póliza.

El pago de la prima de los dependientes (hijos mayores de 25 (veinticinco) años de edad y ascendentes) de las y los servidores públicos estará sujeto al siguiente párrafo.

DEPENDIENTES DEL PERSONAL OPERATIVO E INCREMENTOS DE SUMAS ASEGURADAS.

El costo de la prima correspondiente a los dependientes del personal de confianza y sindicalizado, los incrementos de sumas aseguradas y las primas de los hijos(as) mayores de 25 (veinticinco) años de edad y ascendientes de todos los trabajadores(as) de Liconsa, S.A. de C.V., se descontarán quincenalmente al empleado(a) mediante el sistema de nómina y se pagarán de forma mensual a la aseguradora, sin considerar recargo por pago fraccionado, para lo cual la aseguradora emitirá una constancia que avale el monto de la prima devengada por el periodo mensual concluido.

Las constancias mensuales que expida la aseguradora a lo largo de la vigencia serán sustituidas al final del año por los recibos (con todos los requisitos fiscales a que hace referencia la Ley del Impuesto sobre la Renta) a nombre de cada uno los asegurados(as) titulares que lo soliciten al Departamento de Administración de Riesgos, ya que esta prima es pagada en su totalidad por los empleados(as).

AJUSTE ANUAL

Al término de la vigencia, la compañía aseguradora entregará un recibo o una nota de crédito a nombre de Liconsa, S.A. de C.V. correspondiente al ajuste anual de altas, bajas y modificaciones realizadas durante la vigencia que concluye, en donde se verán reflejadas las primas no devengadas por movimientos de baja y las primas pendientes de pagar por movimientos de alta o modificaciones efectuadas durante la vigencia de la póliza.



DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

PASO NÚM.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	NOMBRE Y CLAVE DEL DOCUMENTO DE TRABAJO
1	Jefe (a) del Departamento de Administración de Riesgos	Realiza el trámite de renovación, alta, baja y/o modificación del seguro de gastos médicos mayores del personal de Oficina Central y de Centros de Trabajo.	
2	Jefe (a) del Departamento de Administración de Riesgos	Pregunta si el trámite es del personal de Oficina Central? Sí. Ir al paso No. 15. No. Ir al paso No. 3.	
3	Jefe (a) del Departamento de Administración de Riesgos	Envía en el mes de noviembre al Centro de Trabajo, la relación del personal asegurado (confianza y sindicalizado, incluyendo a los dependientes económicos), con los datos que se mencionan en el numeral 5, de las Políticas de Operación, a fin de que verifique y valide la información para renovar la Póliza del Seguro de Gastos Médicos Mayores.	Oficio Relación
4	Gerente del Centro de Trabajo	Toma conocimiento del oficio y de la relación del personal y lo envía a la Subgerencia de Administración y Finanzas para su seguimiento.	Oficio Relación
5	Subgerente de Administración y Finanzas	Recibe el oficio y la relación con la información correspondiente y la remite al Departamento de Relaciones Industriales.	Oficio Relación
6	Jefe (a) del Departamento de Relaciones Industriales	Recibe para su análisis y conciliación, la relación del personal asegurado del Centro de Trabajo y de los dependientes económicos asegurados.	Oficio Relación
7	Jefe (a) del Depto. de Relaciones Industriales	Revisa si el trámite es ¿por renovación? Sí. Ir al paso No. 13. No. Ir al paso No. 8.	
8	Jefe (a) del Departamento de Relaciones Industriales	Solicita al empleado(a) del Centro de Trabajo le informe si requiere el alta y/o baja y/o modificación al seguro de gastos médicos mayores del titular y/o de sus beneficiarios(as), mediante el formato DA-SRMSG-020 "Aviso de Altas, Bajas, Transferencias y Modificaciones de Asegurados Titulares y de Dependientes Económicos Seguro de Gastos Médicos Mayores".	DA-SRMSG-020



9	Empleado (a) del Centro de Trabajo	Envía al Departamento de Relaciones Industriales los formatos DA-SRMSG-020, para que realice la alta y/o baja y/o modificación al seguro de gastos médicos mayores para titulares y beneficiarios(as).	DA-SRMSG-020
10	Jefe (a) del Departamento de Relaciones Industriales	Recibe del trabajador(a) del Centro de Trabajo en original y copia, la solicitud de alta y/o baja y/o modificación al seguro de gastos médicos mayores del titular y de sus dependientes económicos, mediante el formato DA-SRMSG-020.	DA-SRMSG-020
11	Jefe (a) del Departamento de Relaciones Industriales	Elabora un listado con las altas, bajas y/o modificación de las y los titulares y de los dependientes económicos, de acuerdo a los formatos DA-SRMSG-020.	Listado DA-SRMSG-020
12	Jefe (a) del Departamento de Relaciones Industriales	Envía, mediante oficio, al Departamento de Administración de Riesgos, el listado del personal del Centro de Trabajo que realizó alta, baja y/o modificaciones de acuerdo a los formatos DA-SRMSG-020 para que realice la contratación del seguro de gastos médicos mayores y/o en su caso informe de la baja a la compañía aseguradora. Continúa en el Paso No. 18.	Oficio Relación del Personal Listado DA-SRMSG-020
13	Jefe (a) del Departamento de Relaciones Industriales	Revisa la relación del personal del Centro de Trabajo que envió el Departamento de Administración de Riesgos y analiza la información, en caso de que esté correcta la validez, o de lo contrario, realiza correcciones.	Oficio Relación del Personal
14	Jefe (a) del Departamento de Relaciones Industriales	Envía mediante oficio la relación del personal del Centro de Trabajo ya validada y corregida al Departamento de Administración de Riesgos para que realice el trámite de renovación del seguro de gastos médicos mayores. Continúa en el Paso No. 18.	Oficio Relación
15	Jefe (a) del Departamento de Administración de Riesgos	Emite circular en el mes de noviembre para el personal de Oficina Central, solicitándole se informe de las altas, bajas y/o modificación del seguro de gastos médicos mayores.	Circular



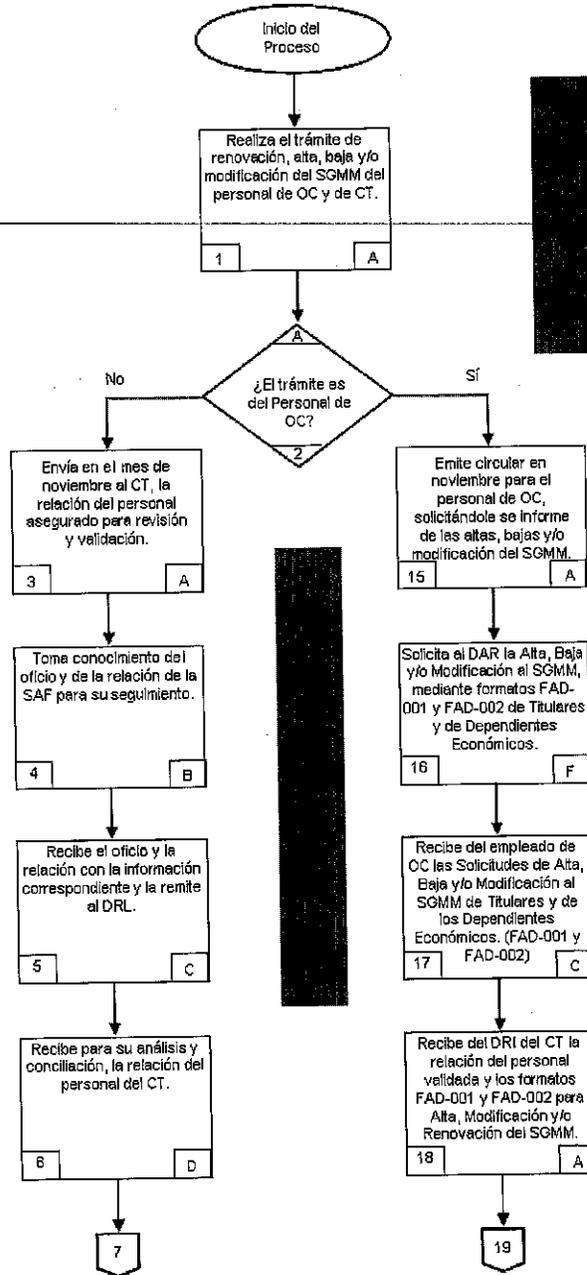
16	Empleado (a) de Oficina Central	Solicita al Departamento de Administración de Riesgos el alta y/o baja y/o modificación al seguro de gastos médicos mayores, mediante "Aviso de Altas, Bajas, Transferencias y Modificaciones de Asegurados Titulares y de Dependientes Económicos Seguro de Gastos Médicos Mayores".	DA-SRMSG-020
17	Jefe (a) del Departamento de Administración de Riesgos	Recibe del empleado de Oficina Central las solicitudes de alta y/o baja y/o modificación al seguro de gastos médicos mayores de titulares y de las y los dependientes económicos mediante formato DA-SRMSG-020. Continúa en el paso No. 19.	DA-SRMSG-020
18	Jefe (a) del Departamento de Administración de Riesgos	Recibe del Departamento de Relaciones Industriales del Centro de Trabajo la relación del personal validada y los formatos DA-SRMSG-020, para que se tramite la alta, baja, modificación y/o renovación del seguro de gastos médicos mayores.	Oficio Relación del Personal DA-SRMSG-020
19	Jefe (a) del Departamento de Administración de Riesgos	Elabora un reporte de todos los movimientos (alta, baja, modificación y/o renovación) del personal del Centro de Trabajo y de Oficina Central, de acuerdo con los formatos DA-SRMSG-020 para su envío a la compañía aseguradora.	Reporte DA-SRMSG-020
20	Jefe (a) del Departamento de Administración de Riesgos	Envía a la compañía aseguradora mediante oficio, la relación de los movimientos y solicita se realice la renovación, alta, baja y/o modificaciones correspondientes del seguro de gastos médicos mayores para titulares y dependientes económicos.	Oficio Reporte DA-SRMSG-020
21	Compañía aseguradora	Recibe solicitud de renovación, alta, baja y/o modificación y elabora las pólizas correspondientes y las envía al Departamento de Administración de Riesgos, toma conocimiento de las bajas para emitir los endosos de baja.	Pólizas
22	Jefe (a) del Departamento de Administración de Riesgos	Recibe de la compañía aseguradora las pólizas por renovación, altas y/o modificación de los empleados de la Entidad y de sus dependientes y verifica que se hayan emitido de acuerdo a lo solicitado. En caso de que los certificados contengan errores se regresan a la compañía aseguradora para su corrección.	Pólizas
23	Jefe (a) del Departamento de Administración de Riesgos	Turna al Departamento de Contabilidad Financiera la forma FGJ-SF-02 "Traspaso de Documentos" para que se efectúen los cargos correspondientes a los centros de trabajo y a las y los empleados de Oficina Central, una vez que queda contratada la póliza.	FGJ-SF-02
24	Jefe (a) del Departamento de Administración de Riesgos	Envía a la Subdirección de Tesorería General, original de la factura o recibo y listado del personal, para la programación de pago de primas a la compañía aseguradora.	Original de la Factura o Recibo Listado del Personal

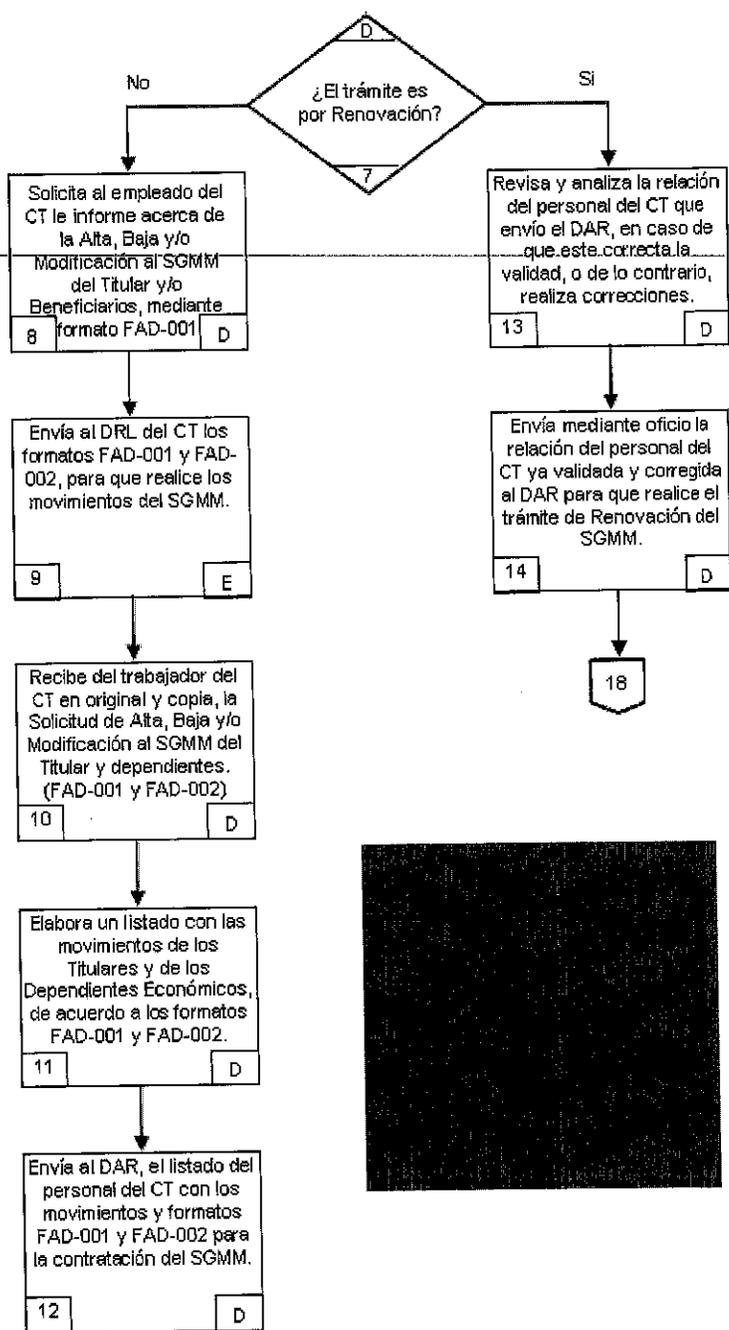


25	Jefe (a) del Departamento de Administración de Riesgos	Envía al Departamento de Contabilidad Financiera copia de la factura o recibo y listado del personal para su registro.	Copia de la Factura o Recibo Listado del Personal
26	Jefe (a) del Departamento de Administración de Riesgos	Solicita a la Subdirección de Presupuesto la elaboración del Movimiento de Afectación Presupuestal y Pagos (MAPP).	MAPP
27	Jefe (a) del Departamento de Administración de Riesgos	Recibe el MAPP para firmas correspondientes y la entrega a la Subdirección de Tesorería General para que elabore el contra-recibo y se proceda a la elaboración del cheque.	MAPP
28	Jefe (a) del Departamento de Administración de Riesgos	Recibe de la Subdirección de Tesorería General el cheque correspondiente y procede a efectuar el pago ante la compañía de seguros.	Cheque
29	Jefe (a) del Departamento de Administración de Riesgos	Pregunta si las pólizas son de los centros de trabajo? Sí, continúa en el paso No. 33. No, continúa en el paso No. 30.	
30	Jefe (a) del Departamento de Administración de Riesgos	Entrega a las y los empleados de Oficina Central su certificado individual y tarjeta del seguro de gastos médicos mayores.	Certificado individual
31	Jefe (a) del Departamento de Administración de Riesgos	Remite la información correspondiente de los pagos al Departamento de Contabilidad Financiera de Oficina Central.	
32	Jefe(a) del Departamento de Administración de Riesgos	Envía al Departamento de Recursos Humanos, la relación de descuentos del seguro de gastos médicos mayores para el personal de Oficina Central. Continúa en el paso No. 36.	Relación Descuentos
33	Jefe (a) del Departamento de Administración de Riesgos	Envía a cada Centro de Trabajo mediante circular los certificados individuales y tarjetas de la póliza del seguro de gastos médicos mayores de los Empleados del Centro de Trabajo.	Circular Certificados individuales
34	Jefe (a) del Departamento de Relaciones Industriales	Recibe del Departamento de Administración de Riesgos los certificados individuales y tarjetas del seguro de gastos médicos mayores correspondientes, y este los entrega a los empleados del Centro de Trabajo.	Certificados individuales
35	Jefe (a) del Departamento de Relaciones Industriales	Recibe del Área de Contabilidad del Centro de Trabajo los importes a descontar quincenalmente a los empleados del Centro de Trabajo.	
36	Jefe (a) del Departamento de Administración de Riesgos	Archiva copia de la factura o recibo, carátula de póliza y reporte del personal de la Entidad y documentación soporte durante un año.	Documentación
FIN DEL PROCEDIMIENTO			



DIAGRAMA DE FLUJO







Elabora reporte de movimientos del personal del CT y de OC, anexando copia de los formatos FAD-001 y FAD-002 para su envío a la Cía. Aseguradora.

19 A

Envía a Contabilidad copia de la factura o recibo, de la carátula de póliza y listado del personal para su registro y sello.

25 A

Envía a la Cía. Aseguradora el reporte de movimientos (FAD-001 y FAD-002) y solicita Alta, Baja, Modif. y/o Renov. del SGM de Titulares y Dependientes.

20 A

Solicita a Presupuestos la elaboración del Movimiento de Afectación Presupuestal (MAP).

26 A

Recibe solicitud de Renovación, Alta y/o Modificación y elabora las pólizas correspondientes y las envía al DAR, toma conocimiento de las bajas.

21 G

Recibe la MAP para firmas correspondientes y la entrega a Tesorería para que elabore el contra-recibo y se proceda a la elaboración del cheque.

27 A

Recibe de la Cía. Aseguradora las pólizas de los empleados y de sus dependientes y verifica que se hayan emitido de acuerdo a lo solicitado.

22 A

Recibe de Tesorería el cheque correspondiente y procede a efectuar el pago ante la Cía. de Seguros.

28 A

Turna a Contabilidad la forma FGJ-SF-02 para que se efectúen los cargos correspondientes a los CT y a los empleados de OC, una vez contratada la Póliza.

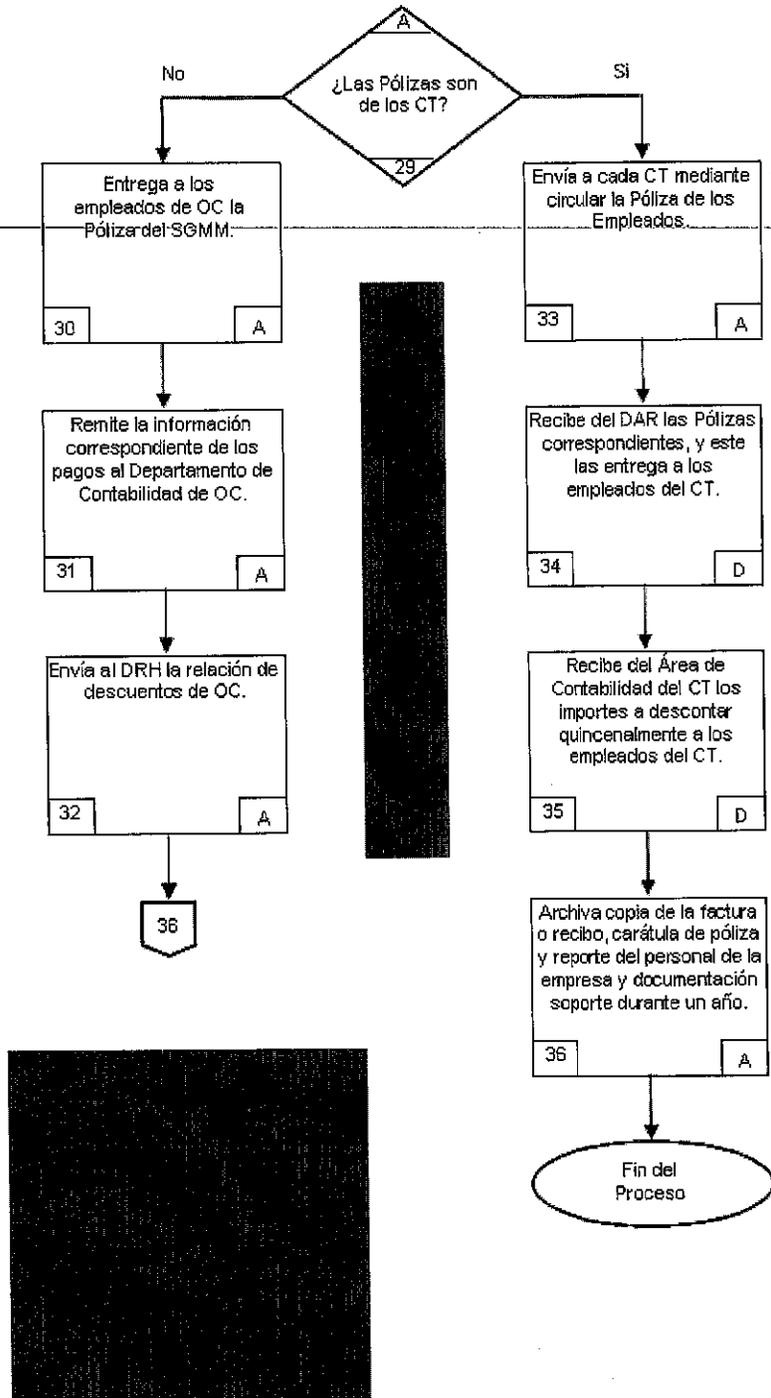
23 A

29

Envía a Tesorería original de la factura o recibo, carátula de póliza y listado del personal, para la programación de pago de primas a la Cía. Aseguradora.

24 A

25





B. INDEMNIZACIÓN DE SINIESTROS DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

OBJETIVO

- Establecer las políticas para gestionar y supervisar que la compañía aseguradora realice el pago directo o reembolso de los gastos médicos mayores generados por eventualidades surgidas por algún accidente o enfermedad a las y los empleados de Liconsa, S.A. de C.V. y a sus dependientes económicos asegurados(as), de acuerdo a las condiciones generales y endosos de la póliza de los gastos médicos mayores.

POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. Los sistemas de pago previstos para las indemnizaciones de la póliza de seguro de gastos médicos mayores son las siguientes:

a) PAGO DIRECTO

El sistema de pago directo considerado en esta póliza opera, en los casos que a continuación se indican, siempre que la o el asegurado requiera de atención médica o ingreso a un hospital y obtenga los servicios de médicos y hospitales de la Red Médica.

I.- PROGRAMACIÓN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, ESTUDIOS O TRATAMIENTOS MÉDICOS

La programación de cirugías deberá de llevarse a cabo con diez días hábiles de anticipación a la intervención o tratamiento, lapso en que la Aseguradora valorará la intervención o tratamiento y otorga por escrito al asegurado(a) la autorización correspondiente, dicha autorización se debe de entregar en el área de admisión del hospital o a la o al médico tratante.

En relación a la programación de estudios estos podrán programarse siempre y cuando el costo del estudio sea superior al deducible y exista un diagnóstico definitivo.

II.- REPORTE HOSPITALARIO

El beneficio de reporte hospitalario será otorgado si el asegurado(a) al momento de ingresar al hospital de la Red Médica, presenta en la administración del mismo su tarjeta que lo identifique como asegurado.

El beneficio también podrá operar en el pago de honorarios médicos, en caso de hospitalización, siempre que la o el médico tratante forme parte de la Red Médica.

Para confirmar la procedencia del reporte en el hospital y/o de la o el médico tratante, la Aseguradora por conducto de una o un médico supervisor, entregará una constancia al asegurado(a) indicando el concepto de los gastos a cubrir por parte de la Aseguradora y por parte del asegurado(a).

Deberá el asegurado(a) permanecer hospitalizado(a) cuando menos 24 horas a partir de la hora y fecha en que realice su reporte de ingreso hospitalario a la Aseguradora.

b) REEMBOLSO

Si el asegurado no llegara a utilizar los servicios de programación de cirugías o reporte hospitalario, los gastos efectuados por el asegurado(a) se cubrirán mediante reembolso dentro de los términos y condiciones de la póliza, los cuales no excederán del indicado en el tabulador de honorarios médicos, aplicando además, el deducible y coaseguro indicados en la póliza.

1. Para efecto del pago directo, se requiere:

- Ser atendido en la red médica de la compañía aseguradora (hospital y médico en convenio)
- Dar aviso a la compañía de seguros de la hospitalización del asegurado(a).
- Que exista un diagnóstico definitivo de la o el médico
- Que el padecimiento esté cubierto por la póliza.
- Que el asegurado(a) cuente con su credencial de seguro de gastos médicos mayores al momento de ingresar al hospital.
- La o el asegurado deberá permanecer por lo menos 24 horas hospitalizado(a), después de haber dado aviso a la aseguradora.



- La aseguradora deberá contar con toda la información médica necesaria, para dictaminar la procedencia del padecimiento.
 - El total de los gastos médicos procedentes deberá ser superior al deducible contratado.
2. El familiar del asegurado(a) deberá reportar a la compañía aseguradora que la o el paciente ingresó al hospital y permanecerá hospitalizado más de 24 horas, así mismo tendrá que anotar el número de reporte hospitalario asignado y el nombre del ejecutivo(a) de la aseguradora que tomó el reporte.
 3. En caso de que la compañía aseguradora no esté brindando un buen servicio, se deberá comunicar al Departamento de Administración de Riesgos para que éste gestione el trámite con los ejecutivos(as) de la compañía aseguradora.
 4. La programación de cirugías deberá llevarse a cabo con 10 (diez) días hábiles de anticipación a la intervención y/o tratamiento.
 5. El/la asegurado(a) deberá entregar al Departamento de Administración de Riesgos la siguiente documentación para programar una cirugía:
 - Solicitud de cirugía programada.
 - Declaración de la o el médico tratante (En caso de que sean varias o varios médicos se deberá requisitar un informe por cada médico).
 - Aviso de accidente o enfermedad (Formato de Declaración del Reclamante).
 - Historia clínica completa.
 - Análisis de laboratorio y gabinete (rayos X con copia de la interpretación y resultados) que confirmen el diagnóstico.
 - Copia de la credencial del asegurado titular o asegurado(a) afectado(a).
 - Copia de Identificación oficial del asegurado.
 - Toda la documentación se deberá presentar en original y copia.
 6. En caso de que la reclamación procediera a través del sistema de reembolso, el asegurado(a) deberá comprobar a la Aseguradora la realización del siniestro presentando su reclamación acompañada de las formas y documentación que a continuación se enlistan y en las cuales deberán consignar todos los datos e informes que en las mismas se indican.
 - Solicitud de reembolso.
 - Formato de declaración del o la reclamante (aviso de accidente o enfermedad) debidamente requisitado y firmado.
 - Formato de declaración de la o el médico tratante (informe médico) debidamente requisitado en todas sus partes y firmado.
 - Historia clínica completa.
 - Facturas originales y oficiales que satisfagan los requisitos fiscales, de cada uno de los gastos efectuados.
 - Las notas de farmacias, acompañadas de la receta médica correspondiente, especificando cada uno de los medicamentos comprados.
 - Los recibos de honorarios médicos y/o quirúrgicos deberán de especificar claramente el concepto que se está cobrando.
 - Estudios de laboratorio y/o gabinete que se hayan realizado, en el caso de radiografías, tomografías, resonancia magnética, ultrasonido, electroencefalograma, etc. Sólo será necesaria la copia fotostática de la interpretación.
 - En todos aquellos casos de cirugía, en los cuales se hayan realizado biopsia o resección parcial o total de un órgano, será necesario el reporte histopatológico.
 - Copia de identificación oficial del asegurado.



Toda la documentación antes mencionada, se deberá presentar en original y copia al Departamento de Administración de Riesgos.

7. La cantidad que la compañía aseguradora pagará al asegurado por reembolso se determinará de la siguiente manera:

- Si se utiliza hospital y médico en convenio con la aseguradora.
- Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en el tabulador de honorarios médicos de la póliza y/o endosos de la misma.
- Si se utiliza hospital fuera de convenio o una o un médico fuera de convenio con la aseguradora.
- Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en el tabulador de honorarios médicos de la póliza y/o endosos de la misma.
- A la cantidad resultante se descontará primero el deducible y después la cantidad por coaseguro pactados en la carátula de la póliza y/o endoso de la misma.
- Por cada enfermedad cubierta, el deducible se aplicará una sola vez al abrir el siniestro y el coaseguro se aplicará por cada reclamación.

En toda reclamación es necesario que el total de los gastos médicos procedentes sea superior al deducible contratado.

8. Aplicación del Deducible y Coaseguro

En toda reclamación inicial de todos o de una parte de los gastos erogados por el asegurado a consecuencia de una enfermedad cubierta, el asegurado(a) tendrá como obligación el pago del deducible y del coaseguro sobre los gastos procedentes erogados por él.

Si el asegurado(a) utiliza hospitales y médicos de la red médica de la aseguradora, se eliminará el deducible y el coaseguro.

El deducible y el coaseguro contratados se especifican en la carátula y/o endosos de la póliza.

- Cuando los gastos erogados por el asegurado(a) sean a consecuencia de un accidente cubierto, se elimina el pago del deducible y coaseguro, si la atención médica se realiza dentro de los primeros 90 (noventa) días de ocurrido el accidente.
- Cuando la o el asegurado haya erogado gastos por una emergencia médica y éstos se hubieran efectuado durante el período de estancia del hospital por dicha emergencia, en el caso de ser atendido por un médico fuera de la red médica de la aseguradora, pero del staff de urgencias del hospital, se elimina el deducible y coaseguro de los gastos derivados de la emergencia. Para los gastos generados después de dicha estancia, se aplicará el deducible y coaseguro.

EMERGENCIA O URGENCIA MÉDICA

Cualquier evento que ponga en peligro la vida del asegurado(a) y/o la viabilidad de cualquiera de sus órganos, siempre que éste sea imprevisto y que una o un médico legalmente reconocido determine que el asegurado(a) requiera de atención médica inmediata.



DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

a) PAGO DIRECTO

PASO NÚM.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	NOMBRE Y CLAVE DEL DOCUMENTO DE TRABAJO
1	Jefe(a) del Departamento de Administración de Riesgos	Pregunta si el trámite es ¿por reporte hospitalario? Si. Ir al paso No. 2. No. Ir al paso No. 12.	
2	Asegurado(a) de Oficina Central y/o del Centro de Trabajo	Muestra la tarjeta de identificación que lo/la acredite como asegurado(a) y una identificación oficial vigente con fotografía en el Departamento de Admisión Hospitalaria al momento de su ingreso al hospital en convenio con la aseguradora	Tarjeta Identificación Oficial
3	Asegurado(a) de Oficina Central y/o del Centro de Trabajo	Cubre el importe por concepto de depósito que exige el hospital, el cual se le devolverá en cuanto se autorice el pago directo por parte de la aseguradora.	Recibo de Pago
4	Asegurado(a) de Oficina Central y/o del Centro de Trabajo	Avisa inmediatamente o solicita a sus familiares reportar su ingreso hospitalario a la compañía aseguradora y al Departamento de Administración de Riesgos en cuanto haya sido admitido en el hospital.	
5	Jefe(a) del Departamento de Admisión Hospitalaria	Verifica, vía telefónica, con la compañía aseguradora que se haya realizado el reporte hospitalario.	
6	Médico Coordinador de la Red	Acude en el hospital en un lapso de 24 horas para verificar que el asegurado(a) este bien atendido(a) y evalúa el caso de acuerdo a las condiciones de la póliza, así mismo, deja al asegurado(a) el formato de informe médico para que sea llenado y firmado por su médico tratante y el aviso de accidente o enfermedad para que sea llenado por el asegurado(a).	Informe Médico Aviso de Accidente o Enfermedad
7	Médico Coordinador de la Red	Pregunta si la póliza cubre el siniestro Sí. Ir al paso No.10. No. Ir al paso No. 8.	
8	Médico Coordinador de la Red	Informa al asegurado(a) que la póliza no cubre el siniestro, y le comunica la razón por la cual él deberá cubrir los gastos que se generen en el hospital.	Reporte de Admisión Hospitalaria
9	Médico Coordinador de la Red	Da seguimiento al caso y vigila que la atención y los servicios brindados al paciente sean los adecuados, evitando en lo posible procedimientos y cargos innecesarios. Fin del Procedimiento.	
10	Médico Coordinador de la Red	Analiza la información médica (si ya existe un diagnóstico médico definitivo) y visita al asegurado(a) por segunda ocasión para informarle, mediante la autorización de pago directo que el evento está cubierto por la póliza, notificándole el deducible, coaseguro y gastos que deberá	Autorización de Pago Directo



		cubrir la o el paciente.	
11	Médico Coordinador de la Red	Entrega en el Departamento de Admisión Hospitalaria o en la caja del hospital, la copia de la autorización de pago directo y da seguimiento diario del caso, con el fin de verificar que la atención que le estén proporcionando a la o al paciente asegurado(a), sea la adecuada. Fin del Procedimiento.	Autorización de Pago Directo
12	Jefe(a) del Departamento de Administración de Riesgos	Pregunta si ¿se trata de programación de intervención quirúrgica y si el trámite es del personal de Oficina Central? Sí. Ir al paso No. 19. No. Ir al paso No. 13.	
13	Asegurado(a) del Centro de Trabajo	Solicita al Departamento de Relaciones Industriales la programación de la autorización de cirugía y envía la documentación que se menciona en el numeral 6, de las Políticas de Operación.	Documentación
14	Jefe(a) del Departamento de Relaciones Industriales	Recibe y revisa la documentación correspondiente para el trámite.	Documentación
15	Jefe(a) del Departamento de Relaciones Industriales	Pregunta si ¿la documentación está completa y correcta? Sí. Ir al paso No. 18. No. Ir al paso No. 16.	
16	Jefe(a) del Departamento de Relaciones Industriales	Solicita al asegurado que complemente la documentación y la envíe nuevamente.	
17	Asegurado(a) del Centro de Trabajo	Recibe solicitud y envía nuevamente la documentación. Regresa al paso No. 14.	
18	Jefe(a) del Departamento de Relaciones Industriales	Envía al Departamento de Administración de Riesgos la documentación correspondiente para el trámite de autorización de cirugía programada. Continúa en el paso No. 22	Documentación
19	Asegurado(a) de Oficina Central	Solicita al Departamento de Administración de Riesgos la programación de la autorización de cirugía y envía la documentación que se menciona en el numeral 6, de las Políticas de Operación.	Documentación
20	Jefe(a) del Departamento de Administración de Riesgos	Pregunta si ¿la documentación está completa? Sí. Ir al paso No. 22. No. Ir al paso No. 21	
21	Jefe(a) del Departamento de Administración de Riesgos	Solicita al asegurado(a) que complete la documentación y la envíe nuevamente. Regresa al paso No. 19.	Documentación



22	Jefe(a) del Departamento de Administración de Riesgos	Recibe la documentación completa y gestiona ante la compañía aseguradora el trámite de cirugía programada.	Documentación
23	Compañía aseguradora	Recibe del Departamento de Administración de Riesgos la documentación correspondiente para el trámite de programación de cirugías para valoración.	Documentación
24	Compañía aseguradora	Dictamina si procede el pago directo de la cirugía programada y otorga por escrito la autorización correspondiente en 8 (ocho) días hábiles y la envía al Departamento de Administración de Riesgos.	Carta-Pase
25	Jefe(a) del Departamento de Administración de Riesgos	Recibe de la aseguradora por escrito la autorización correspondiente "Carta de Pago Directo", revisa que la respuesta sea correcta.	Carta de Pago Directo
26	Jefe(a) del Departamento de Administración de Riesgos	Se pregunta si el trámite es del personal de Oficina Central? Sí. Ir al paso No. 28. No. Ir al paso No. 27.	
27	Jefe(a) del Departamento de Administración de Riesgos	Envía al Departamento de Relaciones Industriales la Autorización correspondiente "Carta de Pago Directo" y solicita se la entregue a la o al asegurado para que él, a su vez la entregue al área de admisión del hospital y al médico tratante el día de la intervención. Fin del Procedimiento.	Carta de Pago Directo
28	Jefe(a) del Departamento de Administración de Riesgos	Entrega al asegurado(a) la autorización correspondiente "Carta de Pago Directo" para que ella o él, a su vez la entregue al área de admisión del hospital y a la o al médico tratante el día de la intervención.	Carta de Pago Directo
FIN DEL PROCEDIMIENTO			

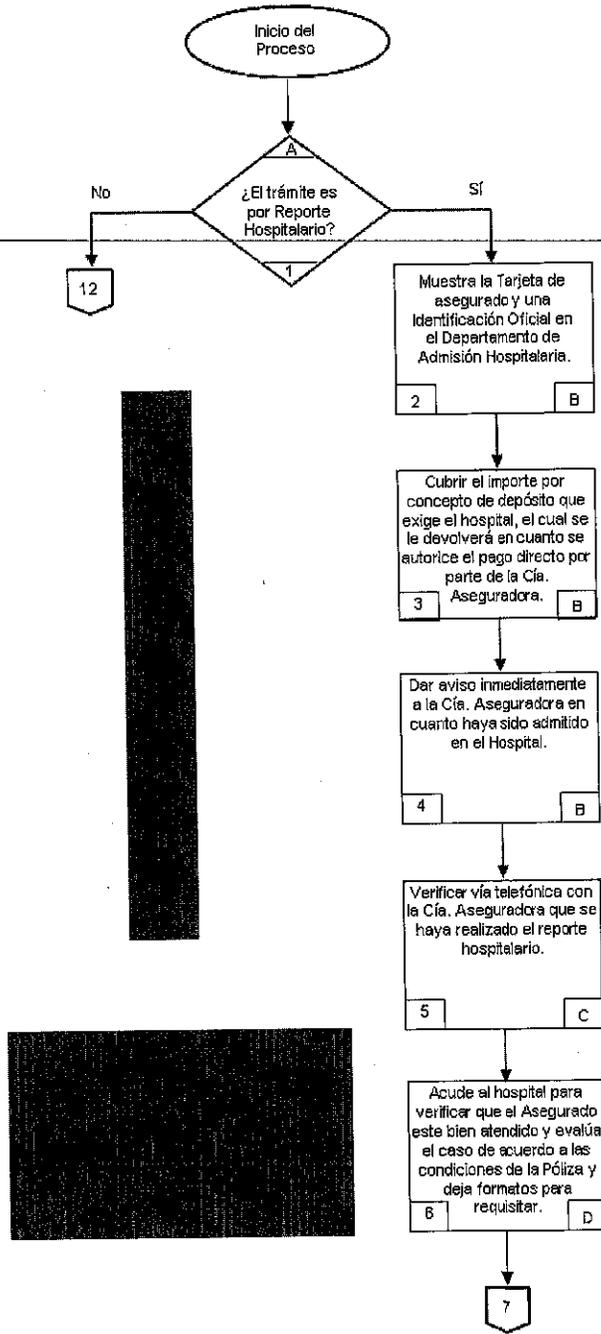
M

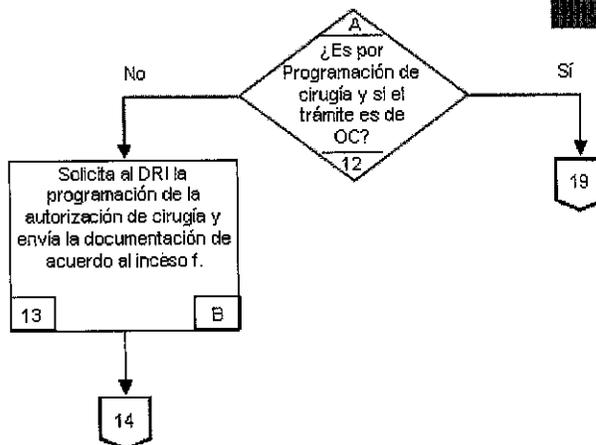
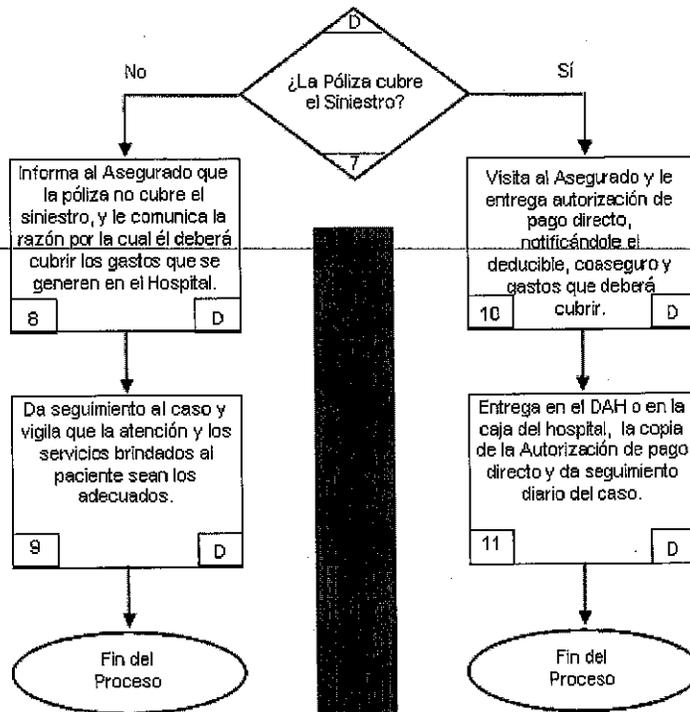
[Handwritten signature]

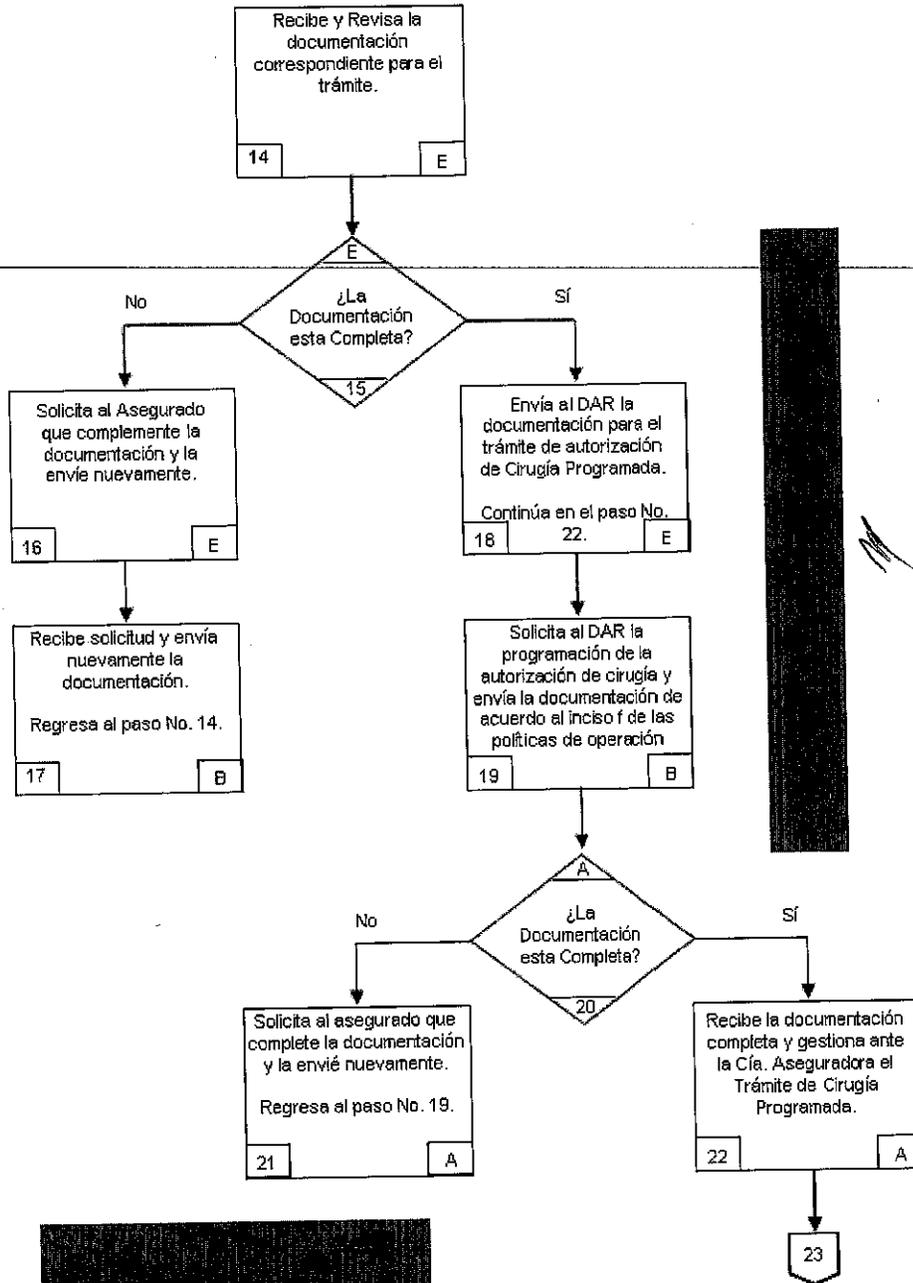
[Handwritten signature]

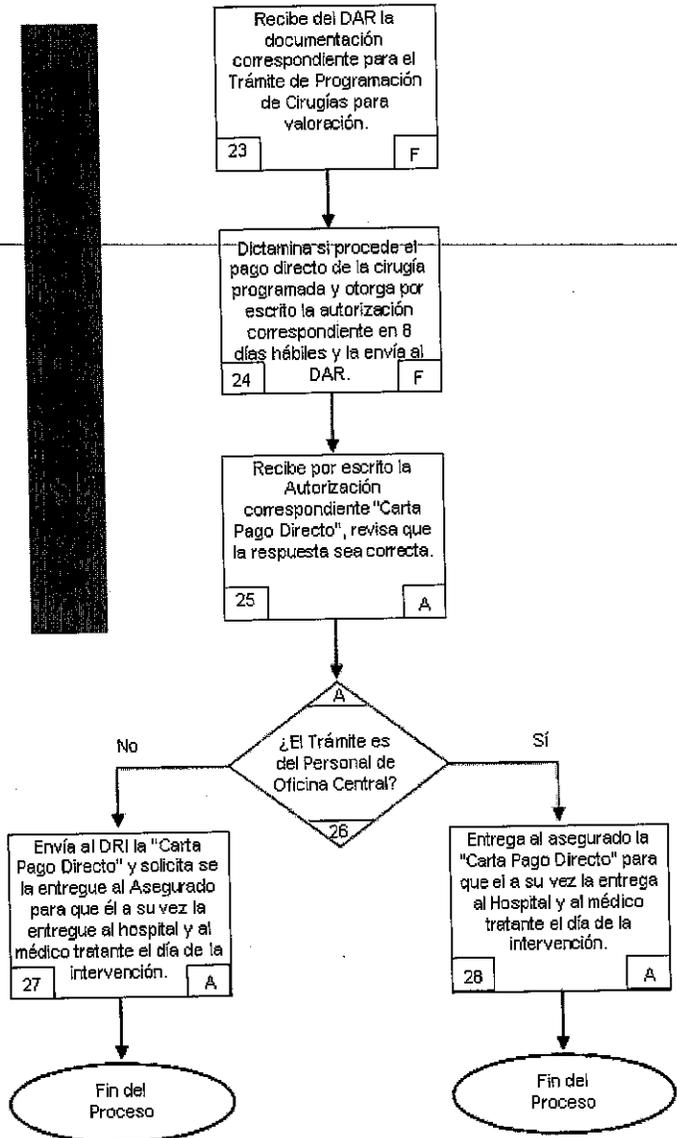


DIAGRAMA DE FLUJO
(PAGO DIRECTO)











DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

b) REEMBOLSO

PASO NÚM.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	NOMBRE Y CLAVE DEL DOCUMENTO DE TRABAJO
1	Jefe(a) del Departamento de Administración de Riesgos	Pregunta si ¿el asegurado(a) es personal de Oficina Central? Sí. Ir al paso No. 8. No. Ir al paso No. 2.	
2	Asegurado(a) del Centro de Trabajo	Solicita al Departamento de Relaciones Industriales que le trámite el reembolso del seguro de gastos médicos mayores y envía la documentación que se menciona en el numeral 7, de las Políticas de Operación.	Documentación
3	Jefe(a) del Departamento de Relaciones Industriales	Recibe y revisa la documentación correspondiente para el trámite.	Documentación
4	Jefe(a) del Departamento de Relaciones Industriales	Pregunta si ¿la documentación está completa? Sí. Ir al paso No. 7. No. Ir al paso No. 5.	
5	Jefe(a) del Departamento de Relaciones Industriales	Solicita al asegurado(a) que complemente la documentación y la envíe nuevamente.	Documentación
6	Asegurado(a) del Centro de Trabajo	Recibe solicitud, completa la documentación y entrega nuevamente toda su documentación al Departamento de Relaciones Industriales. Regresa al paso No. 3.	Documentación
7	Jefe(a) del Departamento de Relaciones Industriales	Envía, mediante oficio, al Departamento de Administración de Riesgos la documentación correspondiente para el trámite de reembolso del seguro de gastos médicos mayores. Continúa en el paso No. 13.	Documentación
8	Asegurado(a) de Oficina Central	Solicita al Departamento de Administración de Riesgos el trámite de reembolso del seguro de gastos médicos mayores y entrega la documentación que se menciona en el numeral 7, de las Políticas de Operación.	Documentación



9	Jefe(a) del Departamento de Administración de Riesgos	Recibe para revisión y análisis la documentación correspondiente.	Documentación
10	Jefe(a) del Departamento de Administración de Riesgos	Pregunta si ¿la documentación está completa? Sí. Ir al paso No. 13. No. Ir al paso No. 11.	
11	Jefe(a) del Departamento de Administración de Riesgos	Informa personalmente al asegurado(a) que la documentación está incompleta y solicita envíe el complemento para realizar el trámite.	Documentación
12	Asegurado(a) de Oficina Central	Entrega el complemento de la documentación al Departamento de Administración de Riesgos. Regresa al paso No. 9.	Documentación
13	Jefe(a) del Departamento de Administración de Riesgos	Recibe la documentación completa y tramita ante la compañía aseguradora el reembolso del personal de Oficina Central y/o del Centro de Trabajo.	Documentación
14	Compañía aseguradora	Recibe del Departamento de Administración de Riesgos la documentación correspondiente para revisión y análisis.	Documentación
15	Compañía aseguradora	Pregunta si ¿procede el pago por reembolso? Sí. Ir al paso No. 21. No. Ir al paso No. 16.	
16	Compañía aseguradora	Informa en un plazo de 10 (diez) días hábiles al Departamento de Administración de Riesgos que no procede el pago de reembolso y envía Carta de Rechazo.	Carta Rechazo
17	Jefe(a) del Departamento de Administración de Riesgos	Comunica al Departamento de Relaciones Industriales del Centro de Trabajo que no fue aceptado el reembolso y envía Carta de Rechazo; y en caso de que hubiera faltado documentación, se solicita.	Carta Rechazo Solicitud de Información
18	Jefe(a) del Departamento de Relaciones Industriales	Recibe Carta de Rechazo y/o solicitud de información y complementa la información. Regresa al paso No. 13.	Carta de Rechazo
19	Jefe(a) del Departamento de Administración de Riesgos	Informa personalmente al asegurado(a) de Oficina Central el porqué no fue aceptado el reembolso y si faltó información se la solicita.	Oficio Solicitud



20	Asegurado(a) de Oficina Central	Entrega al Departamento de Administración de Riesgos el complemento de la información. Regresa al paso No. 13.	
21	Compañía aseguradora	Comunica en un plazo de 10 (diez) días hábiles la aceptación del reembolso y envía cheque de indemnización.	Cheque
22	Jefe(a) del Departamento de Administración de Riesgos	Recibe cheque de pago por el reembolso y verifica que se haya emitido correctamente.	Cheque
23	Jefe(a) del Departamento de Administración de Riesgos	Se pregunta si ¿el pago por reembolso es correcto? Si. Ir al paso No. 25. No. Ir al paso No. 24.	
24	Jefe(a) del Departamento de Administración de Riesgos	Envía nuevamente a la compañía aseguradora la documentación y le solicita reconsidere el pago y le informa el motivo de inconformidad. Regresar al paso No. 14.	Documentación
25	Jefe(a) del Departamento de Administración de Riesgos	Envía al Departamento de Relaciones Industriales del Centro de Trabajo mediante oficio, el cheque o respuesta de la aseguradora por reembolso del seguro de gastos médicos mayores y solicita: 1.- Se entregue el cheque al asegurado titular 2.- Se envíe el acuse de recibido	Oficio Cheque
26	Jefe(a) del Departamento de Administración de Riesgos	Entrega personalmente al asegurado de Oficina Central el cheque por concepto del reembolso.	Cheque
FIN DEL PROCEDIMIENTO			

M

[Handwritten signature]

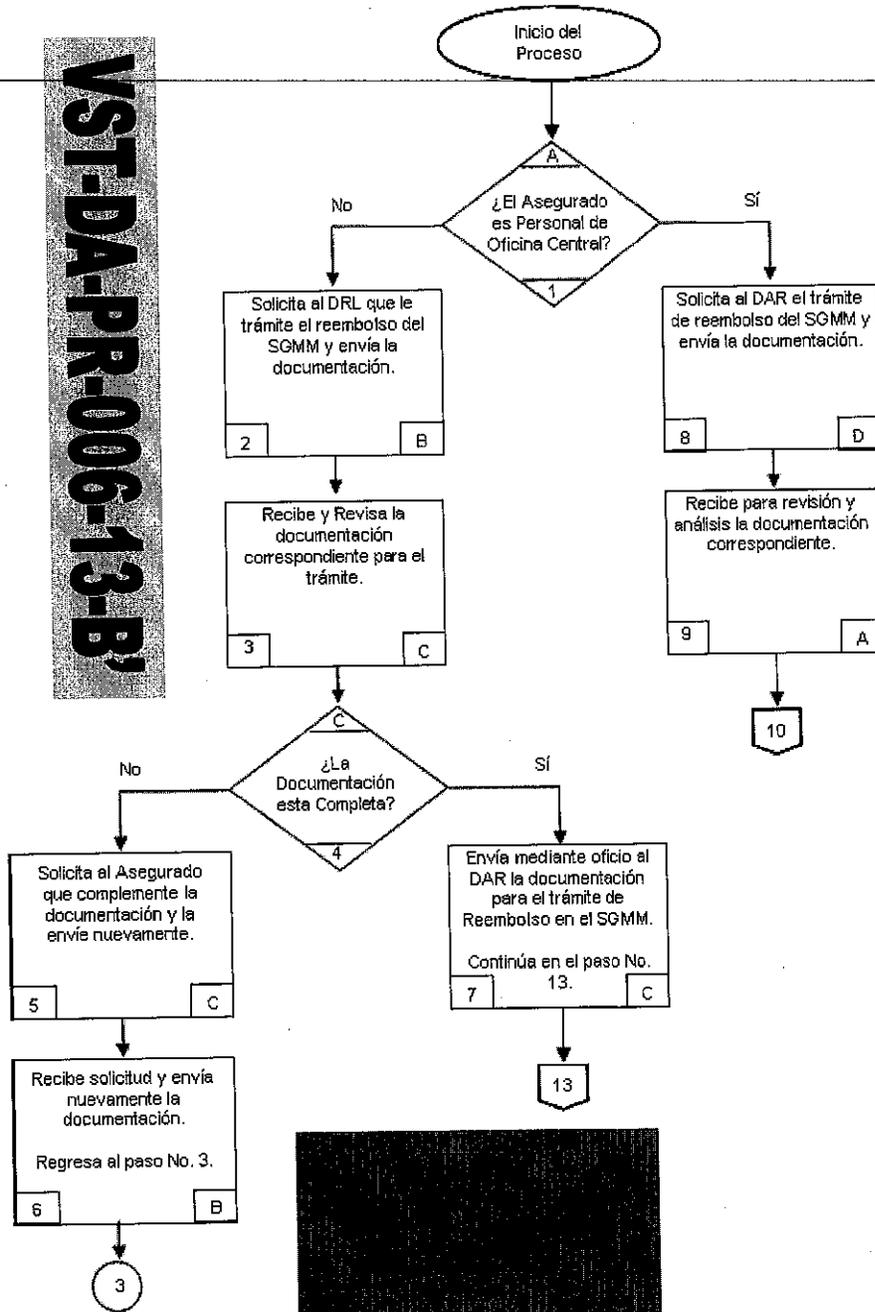
[Handwritten mark]

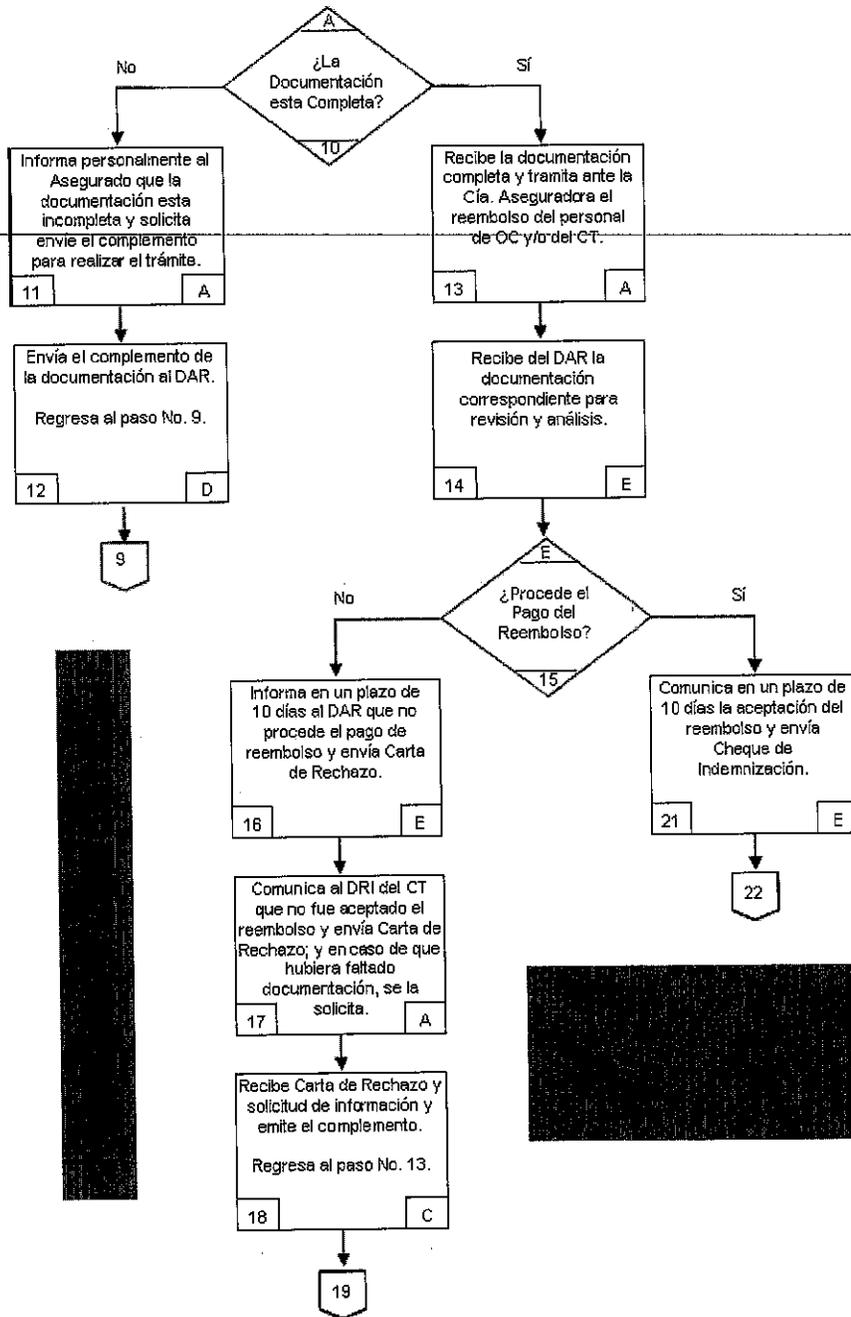
[Handwritten mark]



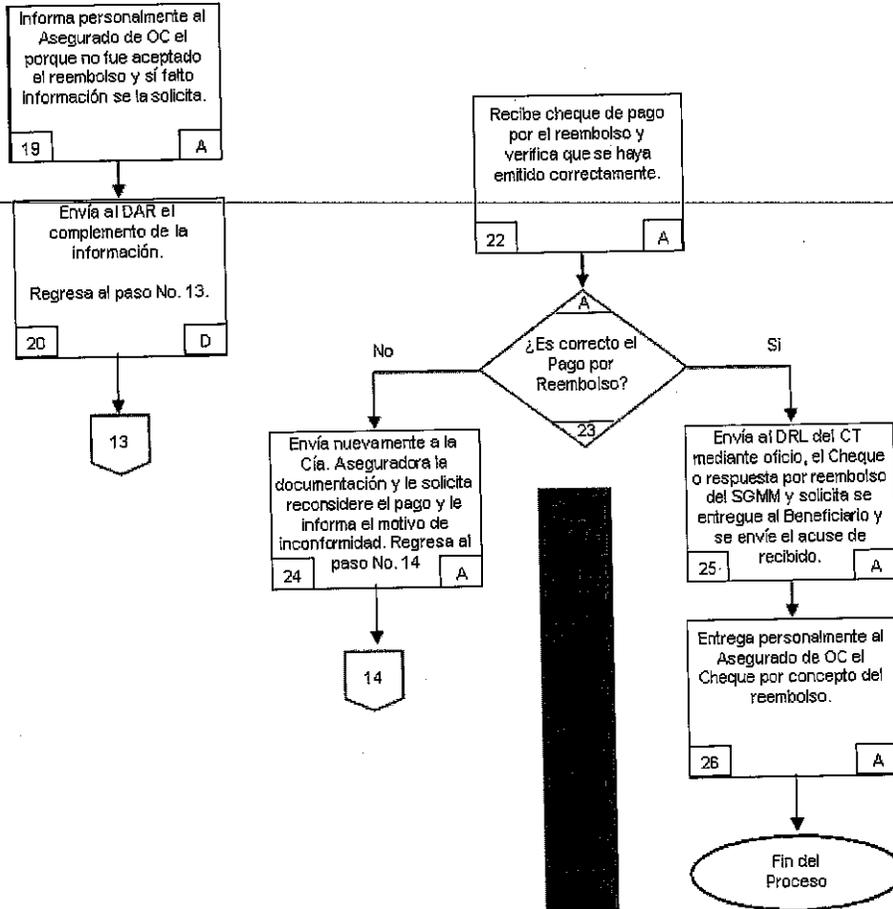
DIAGRAMA DE FLUJO
(REEMBOLSO)

VST-DA-PR-006-13-B





[Handwritten signatures and marks]



M

C. RENOVACIÓN DEL SEGURO DE VIDA DEL PERSONAL DE CONFIANZA Y SINDICALIZADO

OBJETIVO

- Establecer las políticas para administrar la póliza del seguro de vida, la cual otorga un respaldo económico a los beneficiarios(as) de los empleados(as) de confianza de Liconsa, S.A. de C.V. en caso de muerte o incapacidad total y permanente del empleado(a).
- Establecer las políticas para administrar la póliza del seguro de vida, la cual otorga un respaldo económico a los beneficiarios(as) de los empleados(as) sindicalizados de Liconsa, S.A. de C.V. en caso de muerte natural o muerte accidental del empleado(a) (de acuerdo a lo estipulado en su contrato y a la sección sindical a la que pertenezcan).



POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. Este seguro se otorga a todo el personal contratado por tiempo indeterminado, cualquiera que sea su edad u ocupación y sin necesidad de examen médico.
2. Quedarán excluidos de esta prestación los empleados(as) que perciban sus ingresos por honorarios.
3. Esta póliza es auto-administrada, es decir, no se reportarán los movimientos de altas, bajas y modificaciones de empleados a la compañía aseguradora. Al final de la vigencia, la compañía aseguradora realizará un ajuste anual que quedará a favor o en contra de la Entidad según sea el caso.
4. El empleado que no cuente con una designación de beneficiarios y que no haya requisitado y firmado debidamente el "Consentimiento para ser Asegurado y Designación de Beneficiarios" no está asegurado.
5. El Departamento de Recursos Humanos será el responsable de informar mensualmente al Departamento de Administración de Riesgos, los incrementos de sueldos o sumas aseguradas que se den durante la vigencia de la póliza.
6. Es responsabilidad del Departamento de Recursos Humanos y del Departamento de Relaciones Industriales que cuenten con personal de confianza y/o sindicalizado, remitir a más tardar el 15 de noviembre de cada año, al Departamento de Administración de Riesgos un disquete que contenga el listado de los empleados(as), elaborado en hoja de cálculo, con la siguiente información:
 7.

Personal de confianza:	<ul style="list-style-type: none">- Número de Centro de Trabajo- Número de nómina- Nombre del empleado(a)- Fecha de nacimiento- Registro Federal de Contribuyentes (incluyendo homoclave)- Categoría (nivel de tabulador)- Sueldo bruto sin ninguna deducción e incluyendo compensación garantizada o bono- Tipo de personal
Personal sindicalizado:	<ul style="list-style-type: none">- Número de Centro de Trabajo- Número de nómina- Nombre del empleado(a)- Fecha de nacimiento- Registro Federal de Contribuyentes (incluyendo homoclave)- Sueldo- Suma asegurada de acuerdo al Contrato Colectivo de Trabajo- Tipo de personal (sindicalizado operativo, administrativo o promotor social)
8. Es responsabilidad del Departamento de Recursos Humanos y del Departamento de Relaciones Industriales, informar al Departamento de Administración de Riesgos, cuando existan movimientos del personal, tales como, altas, bajas, transferencias y/o modificaciones de nivel salarial de los empleados(as), dentro de los primeros 5 (cinco) días posteriores a la ocurrencia de dicho movimiento, para todos los movimientos de altas deberán de enviar al Departamento de Administración de Riesgos copia del "Consentimiento para ser Asegurado y Designación de Beneficiarios del Seguro de Vida" plenamente requisitado, sellado por el Centro de Trabajo y firmado por el Asegurado(a).



DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

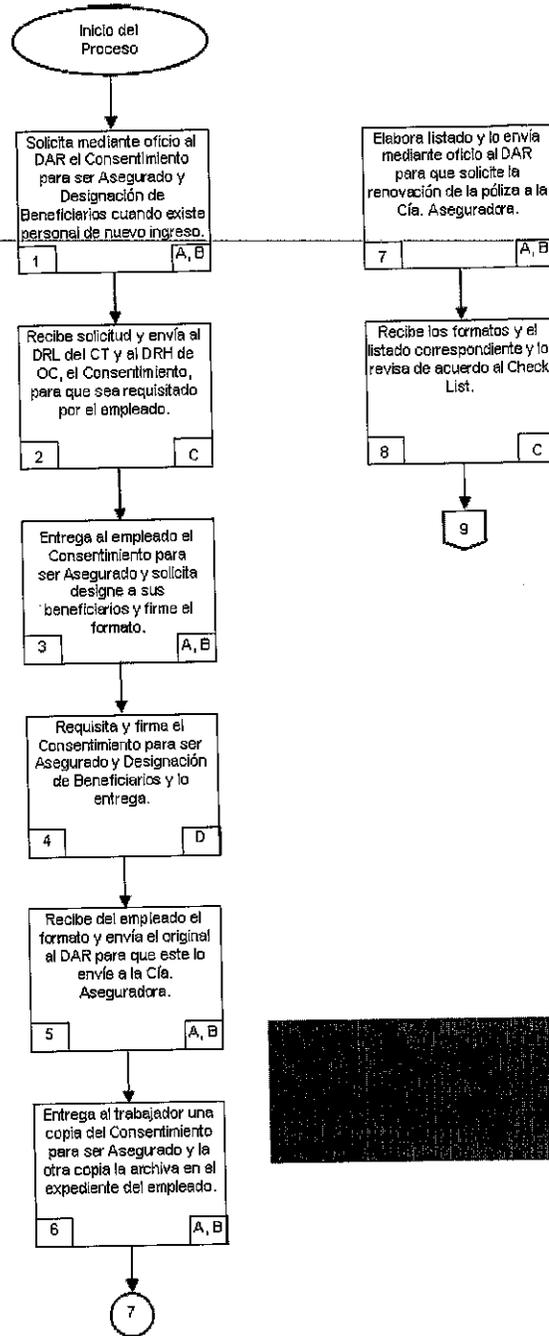
PASO NÚM.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	NOMBRE Y CLAVE DEL DOCUMENTO DE TRABAJO
1	Jefe(a) del Departamento de Relaciones Industriales Jefe del Departamento de Recursos Humanos	Solicita mediante oficio al Departamento de Administración de Riesgos formatos de consentimiento para ser asegurado(a) y designación de beneficiarios(as) cuando existe personal de nuevo ingreso.	Oficio Consentimiento para ser asegurado y Designación de Beneficiarios
2	Jefe(a) del Departamento de Administración de Riesgos	Recibe solicitud y envía al Departamento de Relaciones Industriales y al Departamento de Recursos Humanos, formatos del consentimiento para ser asegurado(a) y designación de beneficiarios(as), para que sea requisitado y firmado por el empleado.	Oficio Consentimiento para ser asegurado y Designación de Beneficiarios
3	Jefe(a) del Departamento de Relaciones Industriales Jefe del Departamento de Recursos Humanos	Entrega al empleado el consentimiento para ser asegurado(a) y solicita designe a sus beneficiarios y firme el formato.	Consentimiento para ser asegurado y Designación de Beneficiarios
4	Empleado(a)	Requisita y firma el consentimiento para ser asegurado y designación de beneficiarios y lo entrega al Departamento de Relaciones Industriales o al Departamento de Recursos Humanos.	Consentimiento para ser asegurado y Designación de Beneficiarios
5	Jefe(a) del Departamento de Relaciones Industriales Jefe(a) del Departamento de Recursos Humanos	Recibe del empleado el formato de consentimiento para ser asegurado y designación de beneficiarios y envía copia al Departamento de Administración de Riesgos para que este lo envíe a la compañía aseguradora.	Oficio Consentimiento para ser asegurado y Designación de Beneficiarios
6	Jefe(a) del Departamento de Relaciones Industriales Jefe del Departamento de Recursos Humanos	Entrega al trabajador(a) el original del consentimiento para ser asegurado(a) y la otra copia la archiva en el expediente del empleado.	Consentimiento para ser asegurado y Designación de Beneficiarios Expediente

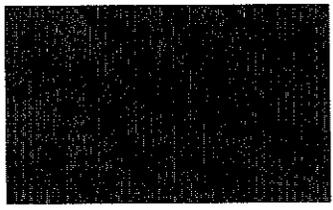
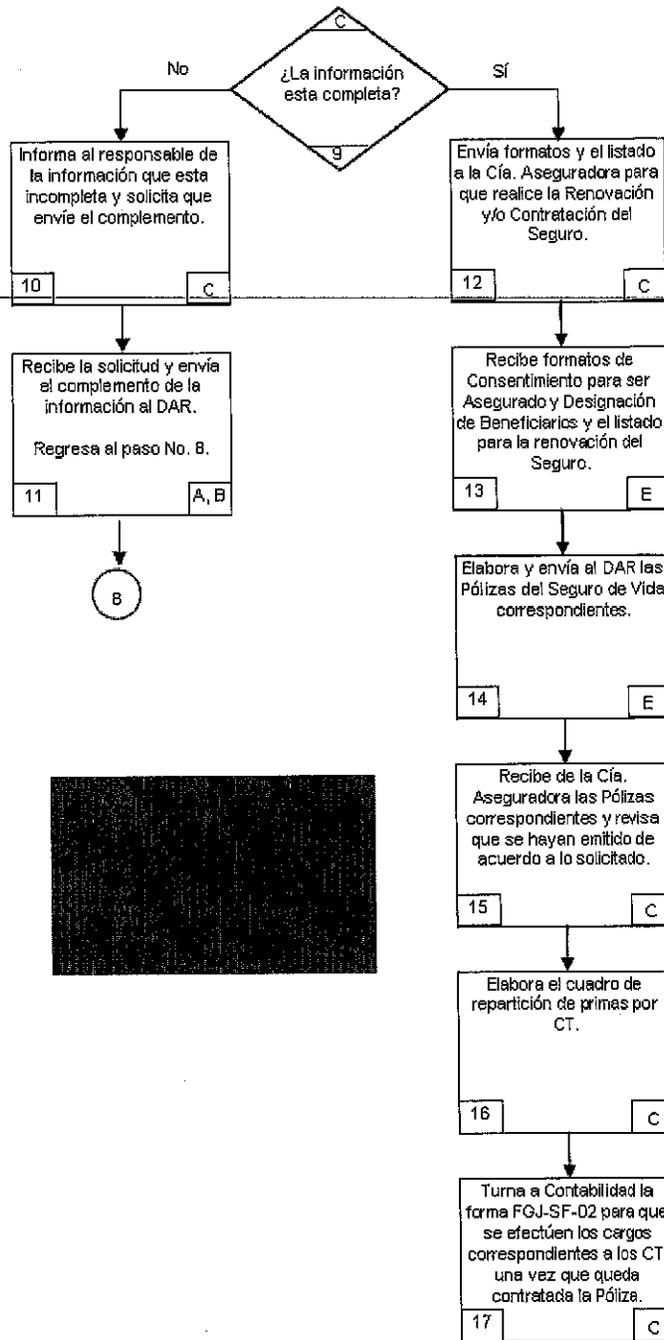
7	Jefe(a) del Departamento de Relaciones Industriales Jefe del Departamento de Recursos Humanos	Elabora un listado del personal que labora en Liconsa, S.A. de C.V. de acuerdo a lo estipulado en el numeral 6, de las Políticas de Operación, y lo envía mediante oficio al Departamento de Administración de Riesgos para que solicite la renovación de la póliza a la compañía aseguradora.	Oficio Listado
8	Jefe(a) del Departamento de Administración de Riesgos	Recibe el listado correspondiente y revisa la información.	Oficio Listado Consentimiento para ser asegurado y Designación de Beneficiarios
9	Jefe(a) del Departamento de Administración de Riesgos	Pregunta si la información recibida esta completa? Sí, ir al paso No. 12. No. Ir al paso No. 10.	
10	Jefe(a) del Departamento de Administración de Riesgos	Informa al responsable de la información que está incompleta y solicita que envíe el complemento.	Oficio
11	Jefe(a) del Departamento de Relaciones Industriales Jefe del Departamento de Recursos Humanos	Recibe la solicitud y envía el complemento de la información al Departamento de Administración de Riesgos. Regresa al paso No. 8.	Oficio Listado
12	Jefe(a) del Departamento de Administración de Riesgos	Envía mediante oficio el listado correspondiente a la compañía aseguradora para que realice la renovación y/o contratación del seguro de vida, según sea el caso.	Oficio Listado Consentimiento para ser asegurado y Designación de Beneficiarios
13	Compañía aseguradora	Recibe el listado con la información correspondiente para la renovación del seguro de vida.	Oficio Listado Consentimiento para ser asegurado y Designación de Beneficiarios
14	Compañía aseguradora	Elabora y envía al Departamento de Administración de Riesgos las pólizas del seguro de vida correspondientes.	Pólizas
15	Jefe(a) del Departamento de Administración de Riesgos	Recibe de la compañía aseguradora las pólizas correspondientes y revisa que se hayan emitido de acuerdo a lo solicitado.	Pólizas



16	Jefe(a) del Departamento de Administración de Riesgos	Elabora el cuadro de repartición de primas por Centro de Trabajo.	Cuadro de Repartición de Primas
17	Jefe(a) del Departamento de Administración de Riesgos	Turna al Departamento de Contabilidad Financiera la forma FGJ-SF-02 "Traspaso de Documentos" para que se efectúen los cargos correspondientes a los centros de trabajo, una vez que queda contratada la póliza.	FGJ-SF-02
18	Jefe(a) del Departamento de Administración de Riesgos	Envía a la Subdirección de Tesorería General original de la factura o recibo, carátula de póliza y cuadro de repartición de primas, para la programación del pago de primas.	Factura o Recibo Carátula de Póliza Cuadro de Repartición de Primas
19	Jefe(a) del Departamento de Administración de Riesgos	Envía a la Subdirección de Contabilidad copia de la factura o recibo, carátula de póliza y cuadro de repartición de primas para su registro.	Factura o Recibo Carátula de Póliza Cuadro de Repartición de Primas
20	Jefe(a) del Departamento de Administración de Riesgos	Solicita a la Subdirección de Presupuesto la elaboración del Movimiento de Afectación Presupuestal y Pagos (MAPP).	MAPP
21	Jefe(a) del Departamento de Administración de Riesgos	Recibe el MAPP para firmas correspondientes y la entrega a la Subdirección de Tesorería General para que elabore el contra-recibo y se proceda a la elaboración del cheque, para el pago de primas a la compañía aseguradora.	MAPP
22	Jefe(a) del Departamento de Administración de Riesgos	Recibe de la Subdirección de Tesorería General el cheque correspondiente y procede a efectuar el pago ante la compañía aseguradora.	Cheque
23	Jefe(a) del Departamento de Administración de Riesgos	Archiva copia de la factura o recibo, carátula de póliza y del cuadro de repartición de primas durante un año.	Factura o Recibo Carátula de Póliza Cuadro de Repartición de Primas
FIN DEL PROCEDIMIENTO			

DIAGRAMA DE FLUJO





[Handwritten signature]

[Handwritten mark]



Envía a Tesorería original de la factura o recibo, carátula de Póliza y cuadro de repartición de primas, para la programación del pago de primas.

18 C

Envía a Contabilidad copia de la factura o recibo, carátula de Póliza y cuadro de repartición de primas para su registro y sello.

19 C

Solicita a Presupuestos la elaboración del Movimiento de Afectación Presupuestal (MAP).

20 C

Recibe la MAP para firmas correspondientes y la entrega a Tesorería para que elabore el contra-recibo y se proceda a la elaboración del cheque.

21 C

Recibe de Tesorería el cheque correspondiente y procede a efectuar el pago ante la Cía. Aseguradora.

22 C

Archiva copia de la factura o recibo, carátula de Póliza y del cuadro de repartición de primas durante un año.

23 C

Fin del Proceso



D. INDEMNIZACIÓN DE SINIESTROS POR FALLECIMIENTO O POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL SEGURO DE VIDA DEL PERSONAL DE CONFIANZA Y SINDICALIZADO

OBJETIVO

- Establecer las políticas para tramitar ante la compañía de seguros la indemnización de los siniestros del seguro de vida de los empleados(as) de confianza de Liconsa, S.A. de C.V. en caso de muerte o incapacidad total y permanente
- Establecer las políticas para tramitar ante la compañía de seguros la indemnización de los siniestros del seguro de vida de los empleados(as) sindicalizados de Liconsa, S.A. de C.V. en caso de muerte natural o muerte accidental (de acuerdo a lo estipulado en su contrato y a la sección sindical a la que pertenezcan).



POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. Este seguro se otorga a todo el personal, cualquiera que sea su edad u ocupación y sin necesidad de examen médico.
2. Quedarán excluidos de esta prestación los empleados(as) que perciban sus ingresos por honorarios.
3. Esta póliza es auto-administrada, es decir, no se reportarán los movimientos de altas, bajas y modificaciones de empleados(as) a la aseguradora. Al final de la vigencia, la compañía aseguradora realizará un ajuste anual que quedará a favor o en contra de la Entidad según sea el caso.
4. El empleado(a) que no cuente con una designación de beneficiarios(as) y que no haya requisitado y firmado debidamente el "Consentimiento para ser Asegurado y Designación de Beneficiarios" no está asegurado.
5. El Departamento de Recursos Humanos de Oficina Central será el responsable de informar mensualmente al Departamento de Administración de Riesgos los incrementos de sueldos o sumas aseguradas que se den durante la vigencia de la póliza.
6. Documentación necesaria para el trámite de indemnización por fallecimiento o por incapacidad total y permanente:

Fallecimiento:

- Original del consentimiento y designación de beneficiarios(as)
- Original del acta de defunción emitida por el Registro Civil
- Acta certificada del Ministerio Público con todas sus intervenciones (en caso de muerte accidental)
- Original del acta de matrimonio en caso de que la beneficiaria sea la esposa
- Original del comprobante del último pago del salario del empleado
- Solicitud de pago suscrita por la o el beneficiario(s) beneficiaria(s)
- Original del acta de nacimiento del asegurado(a)
- Original del acta de nacimiento de los beneficiarios(as)
- Copia de identificación oficial del asegurado(a)
- Copia de identificación oficial de las y los beneficiario(s) beneficiaria(a)
- Constancia de servicios expedida por el Centro de Trabajo con sello original, cargo y firma autógrafa de la persona facultada para su expedición, en la que se refleje el nombre del asegurado, RFC, último sueldo percibido por el empleado(a) y el motivo de su baja.
- Copia de la incapacidad médica que le expidió el IMSS, vigente a la fecha del siniestro. (en caso de que el asegurado al momento de su fallecimiento hubiera estado incapacitado)
- Copia de comprobante de domicilio actual del empleado

Incapacidad Total y Permanente:

- Original del dictamen de incapacidad total y permanente, expedida por el Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Original del comprobante del último pago del salario del empleado.



- Solicitud de pago suscrita por el empleado.
- Copia de identificación del empleado.
- Original del acta de nacimiento del empleado.
- Constancia de servicios expedida por el Centro de Trabajo con sello original, cargo y firma autógrafa de la persona facultada para su expedición, en la que se refleje el nombre del asegurado, R.F.C., último sueldo percibido por el empleado(a) y el motivo de su baja.
- Comprobante de domicilio actual del empleado(a).

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

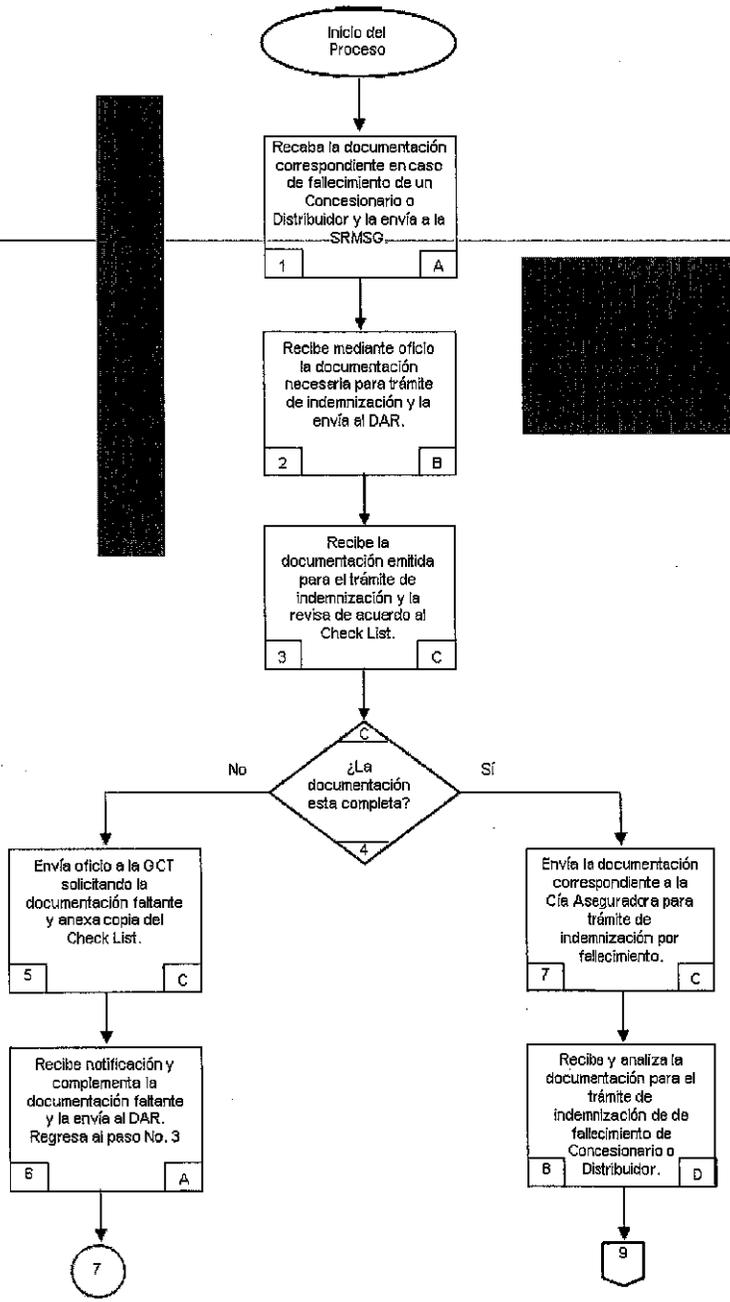
PASO NÚM.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	NOMBRE Y CLAVE DEL DOCUMENTO DE TRABAJO
1	Jefe(a) del Departamento de Relaciones Industriales Jefe del Departamento de Recursos Humanos	Informa por escrito al Departamento de Administración de Riesgos cuando se haya presentado un siniestro por fallecimiento o por incapacidad total y permanente y envía la documentación que se menciona en el numeral 6, de las Políticas de Operación, según sea el caso.	Oficio Documentación
2	Jefe(a) del Departamento de Administración de Riesgos	Recibe y revisa la documentación para tramitar la indemnización ante la aseguradora, de acuerdo al Check List.	Oficio Documentación
3	Jefe(a) del Departamento de Administración de Riesgos	Pregunta si ¿la documentación está completa? Sí. Ir al paso No. 6. No. Ir al paso No. 4.	
4	Jefe(a) del Departamento de Administración de Riesgos	Comunica al Departamento de Relaciones Industriales del Centro de Trabajo y/o al Departamento de Recursos Humanos que la documentación está incompleta y solicita envíe el complemento. (Anexa copia del Check List).	Oficio Check List
5	Departamento de Relaciones Industriales Departamento de Recursos Humanos	Recibe oficio de solicitud e integra la documentación faltante, enviándola al Departamento de Administración de Riesgos para trámite. Regresa al paso No. 2.	Oficio Documentación
6	Jefe(a) del Departamento de Administración de Riesgos	Envía a la compañía aseguradora la documentación correspondiente para el trámite de indemnización del siniestro.	Oficio Documentación
7	Compañía aseguradora	Recibe y analiza la documentación emitida para el trámite de indemnización del siniestro.	Oficio Documentación
8	Compañía aseguradora	Pregunta si ¿procede el trámite de indemnización del siniestro? Sí. Ir al paso No. 11. No. Ir al paso No. 9.	
9	Compañía aseguradora	Informa en un plazo de 10 (diez) días hábiles posteriores a la recepción de la documentación, el motivo del rechazo de la indemnización del siniestro y envía Carta de Rechazo al Departamento de Administración de Riesgos.	Carta de Rechazo
10	Jefe(a) del	Recibe Carta de Rechazo del trámite del siniestro y le	Carta de Rechazo

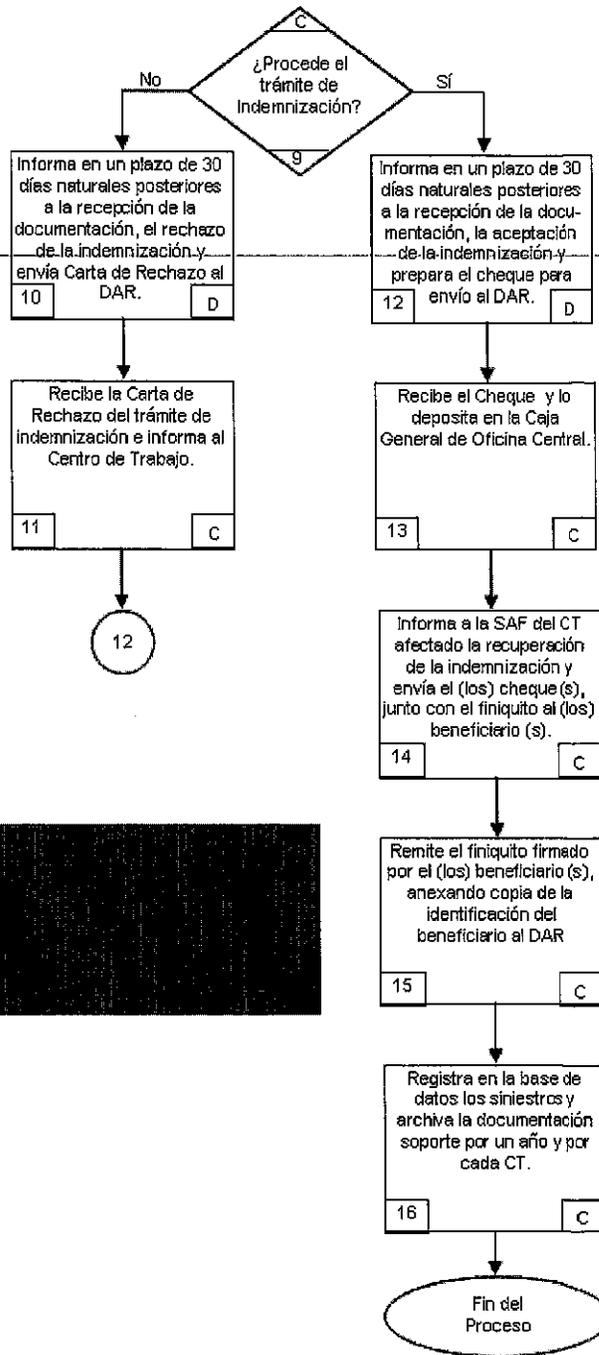


	Departamento de Administración de Riesgos	envía copia al Centro de Trabajo, solicitando la documentación faltante. Regresa al paso No. 4.	
11	Compañía aseguradora	Informa en un plazo de 20 (veinte) días hábiles posteriores a la recepción de la documentación, la aceptación de la indemnización del siniestro y envía el cheque de dicha indemnización al Departamento de Administración de Riesgos.	Cheque
12	Jefe(a) del Departamento de Administración de Riesgos	Recibe el cheque de la compañía aseguradora del pago de indemnización y se lo envía al beneficiario al Centro de Trabajo.	Cheque
13	Jefe(a) del Departamento de Administración de Riesgos	Envía al Centro de Trabajo correspondiente el (los) cheque (s) de recuperación de la indemnización junto con el finiquito, para que sea firmado por el (los) beneficiario (s).	Cheque Finiquito
14	Jefe(a) del Departamento de Relaciones Industriales	Remite el finiquito firmado por el (los) beneficiario (s) junto con una copia de la identificación, al Departamento de Administración de Riesgos. Continúa en el paso No. 16.	Finiquito Identificación
15	Jefe(a) del Departamento de Administración de Riesgos	Entrega el (los) cheque (s) de recuperación de la indemnización a él (los) beneficiario (s) y solicita le firme el finiquito.	Cheque Finiquito
16	Jefe(a) del Departamento de Administración de Riesgos	Registra en la base de datos los siniestros y archiva la documentación soporte por asegurado durante un año.	Documentación
FIN DEL PROCEDIMIENTO			



DIAGRAMA DE FLUJO





M

[Handwritten signature]



RELACIÓN DE ANEXOS

NÚM.	NOMBRE DEL DOCUMENTO	CLAVE
1	Aviso de Altas, Bajas, Transferencias y Modificaciones de Asegurados Titulares y de Dependientes Económicos, Seguro de Gastos Médicos Mayores	DA-SRMSG-020
2	Check List (Documentación para el Reembolso y Programación de Intervenciones Quirúrgicas y/o Tratamientos con Hospitales y Médicos de Red, Seguro de Gastos Médicos Mayores)	
3	Check List (Documentación para la Indemnización por Fallecimiento e Incapacidad Total y Permanente)	



DA-SRWMSG-020

FECHA:

**REPORTE DE ALTAS, BAJAS, TRANSFERENCIAS Y MODIFICACIONES DE
ASEGURADOS TITULARES Y DE DEPENDIENTES ECONOMICOS
SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES**

DATOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL:

CENTRO DE TRABAJO: _____

NOMBRE DEL TITULAR: _____

R.F.C.: _____

APellido PATERNO _____ **IMATERNO** _____ **NOMBRE (S)** _____

No. NOMINA: _____

NIVEL SALARIAL: _____

Ortogo el consentimiento para que se me descuente por nómina, el costo de la prima del Seguro de Gastos Médicos Mayores de mis dependientes económicos y/o del incremento de mi suma asegurada.

TIPO MOV.	FECHA MOV.	NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR Y DE LOS DEPENDIENTES ECONOMICOS	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO	PARENTESCO	SUMA ASEGURADA	INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA
		APELLIDO PATERNO MATERNO NOMBRE (S)						

TIPO DE MOVIMIENTO: A = ALTAS B = BAJAS M = MODIFICACIÓN T = TRANSFERENCIA

AUTORIZÓ _____ **ASEGURADO TITULAR**

NOMBRE, FIRMA Y PUESTO _____ **FIRMA DEL TITULAR DE LOS DATOS**

1. Es responsabilidad del Departamento de Recursos Humanos o Relaciones Industriales de los Centros de Trabajo, emitir cada 5 días al Departamento de Administración de Riesgos, los movimientos de Altas, Bajas, Transferencias y Modificación de Nivel Salarial de personal que hayan tenido lugar, a través de la forma PAD-001.

2. Este formato tiene que ser firmado y sellado por el responsable del Departamento de Recursos Humanos de cada Centro de Trabajo.

3. La documentación deberá enviarse mediante oficio al Departamento de Administración de Riesgos, con copia a la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios Generales.

Con fundamento en lo señalado en el lineamiento Segundo Transitorio, párrafo segundo, de los "Lineamientos de Protección de Datos Personales" publicados en el Diario Oficial de la Federación el día 30 de Septiembre de 2005, se le informa lo siguiente:

Los datos personales recabados serán protegidos y serán incorporados y tratados en el Sistema de datos personales SEGURO DE PERSONAS, con fundamento en los artículos 20, 21 y 22 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y cuya finalidad es el Concentrar la Información de los asegurados, el cual fue registrado en el Listado de sistemas de datos personales ante el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (www.ifaig.org.mx), y podrán ser transmitidos a la Compañía Aseguradora que mantenga el Comité de Asesoramiento con la finalidad de informar la base de asegurados con la que cuenta la Entidad, además de otras transmisiones previstas en la Ley. La Unidad Administrativa responsable del Sistema de datos personales es la Dirección de Administración de LICONSA, S.A. de C.V. y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso y corrección ante la misma es Ricardo Torres No. 1, piso 2, Col. Fraccionamiento Lomas de Soltero, Naucalpan de Juárez, Estado de México, C.P. 53390. Lo anterior se informa en cumplimiento del Decimosexto de los Lineamientos de Protección de Datos Personales, publicados en el Diario Oficial de la Federación con fecha: viernes 30 de septiembre de 2006.

[Handwritten signatures and initials]



DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES
CHECK LIST

Centro de Trabajo: _____ Fecha: _____

Nombre del Asegurado Titular: _____ ext: _____

Documentación necesaria para el reembolso del seguro de gastos médicos mayores

- 1. Solicitud de reembolso
- 2. Informe médico (En el caso de que sean varios médicos, un informe por cada uno).
- 3. Aviso de accidente o enfermedad.
- 4. Historia clínica completa (Solo para padecimientos de larga evolución y si la llegará a solicitar GNP)
- 5. Originales de facturas y recibos con los requisitos fiscales vigentes y desglose de cada concepto que se está cobrando (A nombre del asegurado titular).
- 6. Recibos de honorarios médicos (Especificando claramente el concepto que se esta cobrando)
- 7. Facturas de Medicamentos (Indispensable receta y desglose de factura)
- 8. Facturas de laboratorio y gabinete (análisis y rayos-X con la copia de la interpretación así como resultados).
- 9. En caso de haber estado hospitalizado, copia de la Autorización de pago al Hospital expedida por la Aseguradora.
- 10. Copia del último finiquito (Solo en caso de complementos)
- 11. Copia de Credencial de GNP del Titular y Afectado
- 12. Copia de identificación oficial.
- 13. Copia de toda la documentación anterior.

Documentación necesaria para el trámite de cirugías programadas del seguro de gastos médicos mayores

- 1. Solicitud de cirugía programada (oficio del Centro de Trabajo)
- 2. Informe médico (En el caso de que sean varios médicos, un informe por cada uno).
- 3. Aviso de accidente o enfermedad.
- 4. Historia clínica completa.
- 5. Resultados de estudios de laboratorio y gabinete (análisis y rayos-X con la interpretación).
- 6. Copia de Credencial de GNP del Titular y Afectado
- 7. Copia de identificación oficial.
- 8. Copia de toda la documentación anterior.

FIRMA

Vo. Bo.

RESPONSABLE CENTRO DE TRABAJO

DEPTO. ADMÓN. DE RIESGOS

OBSERVACIONES

Fecha y hora (sellar C. T.)
(Solo en caso de que se remita para su correcta integración)

Fecha y Hora (sellar Depto. Admón. de Riesgos)

* La documentación entregada quedara sujeta a revisión de la Aseguradora y podrá solicitar mayor información

Fecha probable de respuesta: _____



DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

**SEGURO DE VIDA
CHECK LIST**

Centro de Trabajo: _____

Fecha: _____

Nombre del Asegurado Titular: _____

Nombre de los Beneficiarios: _____

Tel: _____

Documentación necesaria para el trámite de indemnización por fallecimiento

- 1. Solicitud de pago de Seguro de Vida firmada por el beneficiario
- 2. Consentimiento y Designación de Beneficiarios (original)
- 3. Acta de Defunción. (original)
- 4. En caso de muerte accidental, Acta Certificada del Ministerio Público con todas sus intervenciones. (original)
- 5. Los dos últimos recibos de nómina del Empleado. (original).
- 6. Acta de Nacimiento del Asegurado. (original).
- 7. Acta de Nacimiento de los Beneficiarios. (original).
- 8. Identificación Oficial del Asegurado. (copia).
- 9. Identificación Oficial de los Beneficiarios. (copia).
- 10. Constancia de servicios expedida por el Centro de Trabajo con sello original, cargo y firma autógrafa de la persona facultada para su expedición, en la que se refleje el nombre del asegurado, R.F.C., último sueldo percibido por el empleado y el motivo de su baja.
- 11. Copia de la licencia médica que le expidió el IMSS, vigente a la fecha del siniestro.
- 12. Acta de matrimonio

FIRMA

Vo. Bo.

RESPONSABLE CENTRO DE TRABAJO

DEPTO. ADMÓN. DE RIESGOS

OBSERVACIONES _____

Fecha y hora (sellar C. T.)
(Solo en caso de que se remita para su correcta integración)

Fecha y Hora (sellar Depto. Admón. de Riesgos)

* La documentación entregada quedara sujeta a revisión de la Aseguradora y podrá solicitar mayor información



IX. HISTORIAL DE CAMBIOS

Revisión número	Fecha de Aprobación	Descripción del Cambio	Motivo(s)
	15/07/1994	Documento original, con clave JRH-001/94 y fecha de vigencia del 15 de julio de 1994.	
01	1-11-1997	Actualización del Documento, Clave: JRH-011/97, vigencia del 1º de noviembre de 1997.	
02	16-03-1998	Actualización de documento, clave DA-001/98, vigencia del 16 de marzo de 1998.	
03	18-02-2002	Actualización del documento clave: DA-002/2002, vigencia del 18 de febrero de 2002.	
04	30-11-2005	Actualización del Documento. Cambio de formato. (5ª Sesión Ordinaria del Comité de Mejora Regulatoria Interna, con acuerdo V.OR.T.03/05).	<ul style="list-style-type: none"> - Modificación de la Políticas y Procedimientos del Área de Recursos Humanos. - Homologación conforme a la Guía Técnica para la Elaboración de Documentos Normativos, Clave VST-DA-GS-002 de fecha 3 de febrero de 2005.
05	30-08-2006	Incorporación de la página 20-A.	<ul style="list-style-type: none"> - Se incorporó la política No. 18 "Conciliación de Gastos de Nómina con Registros Contables" de acuerdo a la observación de mejora señalada en las observaciones emitidas por el Despacho "Gómez y Espifeira, S.C." en su revisión al IMSS en su ejercicio 2005.
06	16-10-2006	Actualización de las páginas 4, 8, 10, 11, 17, 18, 19, 20 y 28.	<ul style="list-style-type: none"> - Se modificaron las políticas 1. promoción e incremento salarial; 5. Seguridad Jurídica Laboral; 7. Registro de Asistencia; 15 Premio de Asistencia; numeral 15.1 y 15.2 correspondientes al premio quincenal y anual.



07	24-12-2008	Actualización de las páginas 6, 20 A y 26.	<ul style="list-style-type: none"> - Modificación de la Políticas del Departamento de Recursos Humanos, punto 3 inciso e y 15.2 premio anual. - Se incorporó la política número 19 "Registro de Plantilla de Personal". - Modificación al formato "Solicitud Autorización para Trabajar Tiempo-extra"
08	03-12-2009	Actualización de las páginas 2, 16, 17, 18, 19	<ul style="list-style-type: none"> - Modificación de la Política número 15. - se cambia la palabra "premio" por "estímulo". - Se Contempla a los Titulares de Unidad. - Se incorpora la omisión de entrada por fuerza mayor o caso fortuito. - En ausencia por matrimonio se agrega la palabra "empleada". - En los oficios de exoneración se agrega la leyenda "por la naturaleza de las funciones encomendadas". - El trabajador tendrá 3 días hábiles posteriores al acontecimiento (fallecimiento de algún familiar directo) para entregar las omisiones de registro.
09	06-08-2010	Actualización de la política 17 de Recursos Humanos; se eliminó la 18 por ser actividad y se recorrió la 19.	<ul style="list-style-type: none"> - El Seguro de Separación Individualizado contenido en la política 17 será regulado por la Ley Federal en la Materia.
10	04-07-2011	Adecuación de la política 6, Jornada de Trabajo, de Políticas del Departamento de Recursos Humanos.	<ul style="list-style-type: none"> - Adecuar la redacción del 1er párrafo respecto a la Jornada de Trabajo máxima contemplada en el artículo 12 del Reglamento Interior de Trabajo del Personal de Confianza en Oficina Central.
11	16-12-2011	Incorporación de las políticas 1 y 2 "Contratación de Personal de Confianza" y "Tabulador de Sueldos", página 3 de Políticas del Departamento de Recursos Humanos. Elaboró: Ing. Ignacio Rafael Vázquez Torre, Jefe del	<ul style="list-style-type: none"> - Se incorporó la Política Contratación del Personal de Confianza, y Tabulador de Sueldos, en virtud de que a la entrada en vigor del Manual de Aplicación General de Recursos Humanos, no refleja particularidades propias de Liconsa, S.A. de C.V. en estos



		Departamento de Recursos Humanos; Revisó: Subdirector de Recursos Humanos; Aprobó: Lic. Rafael G. Morgan Álvarez, Director de Administración.	rubros.
		Actualización originada por la revisión anual de este documento.	Modificación de diferentes apartados dentro de los procesos del presente Manual, para adecuarlo a la realidad laboral de Liconsa, S.A. de C.V.
12	30-10-2012	Elaboró: Ing. Ignacio Rafael Vázquez Torre, Jefe del Departamento de Recursos Humanos; Revisó: Lic. Catalina Camarillo Rangel, Subdirectora de Recursos Humano; Autorizó: Lic. Rafael Morgan Álvarez; Director de Administración.	A partir de esta fecha se unifica el Historial de Cambios conforme lo establecido en el Manual de Procedimiento para la Elaboración, Actualización, Revisión, Autorización y Publicación de los Documentos Normativos de Liconsa, S.A. de C.V. para consulta de actualizaciones anteriores se deberá consultar el documento en el Archivo Histórico.
13	19-12-2014	Modificación de la prestación del pago de estímulo de puntualidad: Elaboró, C.P. Vicente Carranco Sánchez; Revisó y Autorizó, Martín del Castillo Toledo. Modificación a la prestación de alumbramiento de cónyuge y adopción: Elaboró: Ing. Ignacio Rafael Vázquez Torre, Jefe del Departamento de Recursos Humanos; Revisó: Lic. Hugo paz Sosa, Subdirector de Recursos Humanos; Autorizó: Marco Antonio González Amaro, Director de Administración.	-Evitar el sobregiro de la Entidad al proponer un nuevo término para el pago de la prestación del Estímulo de Puntualidad. -Alinear la protección de alumbramiento y adopción con lo prescrito por la Ley Laboral. -Alinear diversas disposiciones de salarios a nuevas disposiciones fiscales, establecer términos para demostrar el grado académico de quien lo ostenta al ingresar a Liconsa, S.A. de C.V. y adecuaciones a la Ley Federal del Trabajo.
14	27-02-2015	Modificación a la forma de aplicar el caso fortuito como excepción al registro de entrada para otorgar el premio de puntualidad. Elaboró: Ignacio Rafael Vázquez Torre, Jefe del Depto. de Recursos Humanos; Revisó: María del Consuelo Rodríguez Casanovas, Encargada de la Subdirección de Recursos Humanos; Aprobó: Marco Antonio González Amaro, Director de Administración.	Modificación en la prestación de



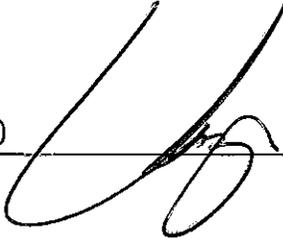
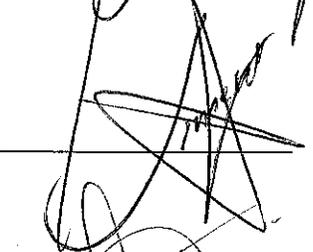
		<p>vales o tarjeta o monedero electrónico de previsión social. Elaboró: Ma. Del Carmen de Fátima Fuertes Casanovas, Jefa del Depto. de Prestaciones; Revisó: María del Consuelo Rodríguez Casanovas, encargada de la Subdirección de Recursos Humanos; Aprobó: Marco Antonio González Amaro, Director de Administración.</p>	
15	14-01-2016	<p>-Eliminación de los Premios de asistencia anual y de puntualidad quincenal. -Adecuación de las políticas de Recursos Humanos en lo tocante al Registro de Entrada y sus peculiaridades. -Adopción de la Imagen Institucional. Elaboró: Ing. Ignacio Rafael Vázquez Torre, jefe de Depto. de Recursos humanos; Revisó: Lic. Ma. Del Consuelo Rodríguez Casanovas, Subdirectora de Recursos Humanos; Autorizó: C. Marco Antonio González Amaro, Director de Administración.</p>	<p>Eliminación de los premios de asistencia anual y de puntualidad quincenal por recorte presupuestal originado en la SHYCP en 40 millones de pesos.</p>
16	15-12-2016	<p>- Incorporación del Lenguaje Incluyente en todo el documento, - Inclusión de las "Ausencias Temporales"; - Eliminación del requisito de devolver la cantidad de dinero relativa a su antigüedad. Elaboró: Ing. Ignacio Rafael Vázquez Torre, Jefe de Depto. de Recursos humanos; Revisó: Lic. Ma. Del Consuelo Rodríguez Casanovas, Subdirectora de Recursos Humanos; Autorizó: C. Marco Antonio González Amaro, Director de Administración.</p>	<p>- Alineación de la normatividad interna con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y con el Programa para un Gobierno Cercano y Moderno. - Regular la incorporación de un(a) servidor(a) público(a) en la realización de funciones de un puesto diferente o de mayor jerarquía, para cubrir momentáneamente la ausencia temporal de un(a) servidor(a) pública(a). - Optimización del proceso de reingreso laboral de una persona a la Entidad.</p>
17	31-10-2017	<p>- Modificación del Manual - Elaboró: Ing. Ignacio Rafael Vázquez Torre, Jefe de Depto. de</p>	<p>- Se insertó el punto 24, relativo a la operación del Comité de Evaluación de Puestos de</p>



		<p>Recursos humanos; Revisó: Lic. Ma. Del Consuelo Rodríguez Casasnovas, Subdirectora de Recursos Humanos; Autorizó: C. Marco Antonio González Amaro, Director de Administración.</p>	<p>Personal de Mando Medio y Superior</p>
18	12-11-2018	<p>Modificación del Manual Subdirección de Modernización</p> <p>Elaboró: C. María de la Luz Antonio Villalobos, Jefa de Depto. de Formación y Desarrollo Humano. Revisó: Mtra. Karla Gabriela Jiménez Carrasco, Subdirectora de Modernización. Autorizó: Lic. Alejandro de Jesús Kuri Olivera, Director de Administración.</p> <p>Subdirección de Recursos Humanos</p> <p>Elaboró: C.P. Felipe de Jesús Quezada Montaña, Jefe de Depto. de Recursos humanos. Revisó: Lic. Ma. Del Consuelo Rodríguez Casasnovas, Subdirectora de Recursos Humanos. Autorizó: Lic. Alejandro de Jesús Kuri Olivera, Director de Administración.</p>	<p>Respecto a la Subdirección de Modernización, se modifica el procedimiento de "Servicio Social y/o Prácticas Profesionales", el cual consiste en exponer de una forma más detallada y ordenada las funciones y atribuciones de los (las) Servidores (as) Públicos (a) responsables del procedimiento antes mencionado; así mismo, la Subdirección de Recursos Humanos realiza la modificación a las "Políticas del Departamento de Recursos Humanos", en las cuales se reestructuran los siguientes temas: 1. Evaluación del Desempeño de los Servidores Públicos de Mando, 2. Indemnizaciones y Finiquitos, 3. Impuesto Sobre la Renta, 4. Tabulador de Sueldos y 5. Descripción del Perfil del Puesto, este último con el propósito de fortalecer los procesos de selección y reclutamiento en la Entidad en lo relativo al personal de Nivel Superior y Mando Medio, finalmente se realizan correcciones ortográficas y de redacción a fin de dar mayor claridad al documento.</p>



X. APROBACIÓN DEL COMITÉ DE MEJORA REGULATORIA INTERNA

NOMBRE	FECHA	FIRMA
LIC. ALEJANDRO DE JESÚS KURI OLIVERA Director de Administración	16-NOV-18	
LIC. NESTOR DANIEL PALANCARES NORIEGA Director de Abasto Social		
LIC. ARNULFO GARCÍA GONZÁLEZ Director Comercial	22-NOV-18	
LIC. MARCO ANTONIO LOAIZA MONTAÑO Director de Finanzas y Planeación	22-NOV-2018	
LIC. OCTAVIO OMAR AGUIRRE LÓPEZ Director de Producción	23-NOV-2018	
LIC. RUTH JIMENA ZENDEJAS VILLANUEVA Titular de la Unidad Jurídica	21-NOV-18	
LIC. FERNANDO MIGUEL CARRASCO QUEROL Titular de Unidad de Comunicación Social	22-NOV-18	