

Actualizar Datos del Trabajador(a)

Guía de Usuario

Menú Tabla de contenido

Tabla de Contenido

<u>Portada</u>	1
<u>Tabla de Contenido</u>	2
<u>Objetivo de la Guía, Función e Ingresar al Módulo</u>	3
TRABAJADOR(A)	
<u>Actualizar Datos</u>	4
ADMINISTRADOR DE SALUD	
<u>Registrar Beneficiario(s)</u>	8
AYUDA	
<u>Guía de Usuario</u>	12
<u>SALIR</u>	13

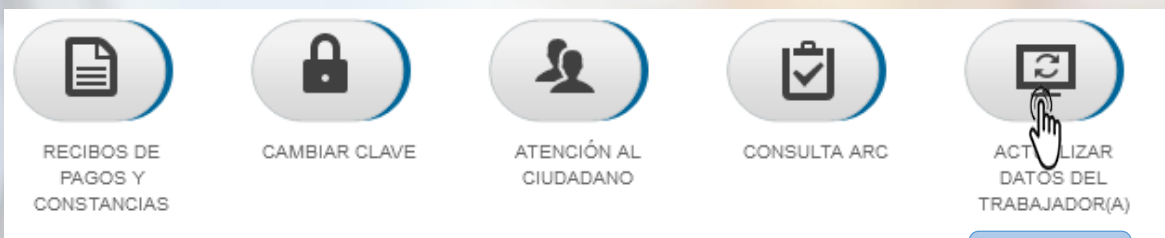
Menú Tabla de contenido

Objetivo de la Guía, Función e Ingresar al Módulo

Objetivo de la Guía: La Guía de Usuario, tiene como objetivo principal explicar el paso a paso, el uso y manejo del módulo Actualizar Datos del Trabajador(a), para el buen y correcto funcionamiento del mismo, en el Sistema de Información de Gestión Laboral (SIGLA).

Función del Módulo: El Módulo Actualizar Datos del Trabajador(a), tiene como función Actualizar Datos del Trabajador(a) del personal del Ministerio del Poder Popular para el Proceso Social de Trabajo.

Ingresar al Módulo: Una vez en el Sistema de Información de Gestión Laboral (SIGLA), haga clic en el icono de Actualizar Datos del Trabajador(a).



Haga clic

Seleccione de la barra del menú, la opción que requiera del Módulo Actualizar Datos del Trabajador(a).

MENÚ PRINCIPAL TRABAJADOR(A) ▼ ADMINISTRACIÓN DE SALUD ▼ AYUDA ▼

Menú Tabla de contenido

TRABAJADOR(A) / Actualizar Datos

Haga clic en el menú TRABAJADOR(A), opción Actualizar Datos.



La pantalla está constituida por varias secciones que a saber son:

DATOS BÁSICOS: seleccione de la lista desplegable el Estado Civil e ingresar número de Teléfono Personal, número de Teléfono de Habitación, Correo Electrónico Personal y número de Registro de Información Fiscal (R.I.F). Debe suministrar todos los datos en los campos que estén habilitados y requeridos, los cuales se denotan con un asterisco (*).

DATOS BÁSICOS			
Cédula de Identidad		Nacionalidad	VENEZOLANO
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado Civil
			Seleccione *
Teléfono Personal	Teléfono de Habitación	Correo Electrónico Personal	Nº del Registro de Información Fiscal Personal(R.I.F)
Ej. 04260102302 *	Ej. 02121234567 *	Ej. juancito@gmail.com *	Ej. V132587970

DIRECCIÓN DE HABITACIÓN: seleccione de la lista desplegable el Estado, Municipio, Parroquia e ingresar Avenida, Calle, Carrera, Carretera, Esquina, Vereda, Casa, Edificio, Quinta, Apartamento, Local, Oficina, Barrio, Caserío, Conjunto Residencial, Sector, Urbanización, Zona y Punto de Referencia en caso de ser requerido. Debe suministrar todos los datos en los campos que estén habilitados y requeridos, los cuales se denotan con un asterisco (*).

DIRECCIÓN DE HABITACIÓN		
Estado	Municipio	Parroquia
Seleccione *	Seleccione *	Seleccione *
<input checked="" type="radio"/> Avenida <input type="radio"/> Calle <input type="radio"/> Carrera <input type="radio"/> Carretera <input type="radio"/> Esquina <input type="radio"/> Vereda *		
<input checked="" type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Edificio <input type="radio"/> Quinta *		
<input type="radio"/> Apartamento <input type="radio"/> Local <input type="radio"/> Oficina		
<input checked="" type="radio"/> Barrio <input type="radio"/> Caserio <input type="radio"/> Conjunto Residencial <input type="radio"/> Sector <input type="radio"/> Urbanización <input type="radio"/> Zona *		
Punto de Referencia		

Menú Tabla de contenido

TRABAJADOR(A) / Actualizar Datos

4

EN CASO DE EMERGENCIA: debe ingresar los siguientes datos Nombres, Apellidos, Número de Teléfono y Parentesco tanto de un Familiar o Contacto. Debe suministrar todos los datos en los campos que estén habilitados y requeridos, los cuales se denotan con un asterisco (*).






EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre	Apellido	Nº. de Teléfono	Parentesco
 Nombre(s) del Familiar *	 Apellido(s) del Familiar *	 Nº. de Teléfono del Familiar *	 Seleccione v *
 Nombre(s) del Contacto *	 Apellido(s) del Contacto *	 Nº. de Teléfono del Contacto *	 Seleccione v *

5

DATOS ADICIONALES: seleccione de la lista desplegable ¿Tiene alguna Discapacidad?, sí su respuesta es afirmativa seleccione el Tipo de Discapacidad, Grado de Discapacidad, de lo contrario continúe con el registro de la Actualización de Datos, Lateralidad, Tipo de Sangre, Inscripción Militar, Cantidad de Hijos e ingrese Código del CONAPDIS, número de Inscripción Militar y Si su Cónyuge Trabaja en el MPPPST, especifique en que dependencia labora. Debe suministrar todos los datos en los campos que estén habilitados y requeridos, los cuales se denotan con un asterisco (*).

DATOS ADICIONALES

¿Tiene alguna Discapacidad?	Tipo de Discapacidad	Grado de Discapacidad	Código CONAPDIS
Seleccione v *	Seleccione v	Seleccione v	 Código CONAPDIS
Lateralidad	Tipo de Sangre	Inscripción Militar	Número de Inscripción Militar
Seleccione v *	 Seleccione v *	 Seleccione v *	 Número de Inscripción Militar
Cantidad de Hijos	Si su Cónyuge trabaja en el MPPPST, especifique en que dependencia labora		
 Seleccione v *			

6

Tallas: seleccione de la lista desplegable la talla que corresponda a su caso.

Tallas	Blusa o Camisa	Pantalón	Zapato	Chaqueta
	 Seleccione v *	 Seleccione v *	 Seleccione v *	 Seleccione v *

Menú Tabla de contenido

TRABAJADOR(A) / Actualizar Datos

PATOLOGÍA(S) CRÓNICA(S): si tiene una Patología Crónica, haga clic en la pregunta.

PATOLOGÍA(S) CRÓNICA(S)

Si tiene alguna patología crónica, haga clic aquí

Haga clic

Seleccione de la lista desplegable el tipo de Patología, Tratamiento e indique si tiene una observación en caso que lo requiera. Haga clic en el botón ☒ para **Guardar**, si tiene otra Patología Crónica haga clic en el botón **+** para **Agregar**. En caso que desee **Eliminar** información seleccione el registro haga clic en el botón **✖**.

PATOLOGÍA(S) CRÓNICA(S)

Patología	Tratamiento	Observación(es)
Seleccione	Seleccione	

Guardar

Agregar

Eliminar




DATOS LABORALES: seleccione de la lista desplegable el Estado donde está desempeñando sus funciones el trabajador en el MPPPST, ingrese la Ubicación Física donde está laborando actualmente, el número de Teléfono de Oficina, e indique el Cargo o Puesto de Trabajo que ejerce en el momento de la Actualización de Datos.

DATOS LABORALES



Ubicación Administrativa de Adscripción OFICINA DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION Y LA COMUNICACION		Estado Seleccione	
Ubicación Física [Campo de texto]		Teléfono de Oficina [Campo de texto]	
Cargo o Puesto de Trabajo Titular AUXILIAR DE SERVICIOS DE OFICINA		Cargo o Puesto de Trabajo que ejerce [Campo de texto]	
Tipo de Trabajador OBREROS FIJOS	Código de Nómina	Fecha de Ingreso al MPPPST	Fecha de Ingreso a la Adm. Pública
Observación(es) [Campo de texto]			


Menú Tabla de contenido

TRABAJADOR(A) / Actualizar Datos

10 DATOS ACADÉMICOS: seleccione de la lista desplegable el Nivel Académico, e ingrese la Especialidad, indique si esta graduado, luego haga clic en el botón  para **Guardar**. Si tiene otro Nivel Académico haga clic en el botón  para **Agregar**. En caso que desee **Eliminar** información seleccione el registro, haga clic en el botón .

DATOS ACADÉMICOS




Nivel Académico	Especialidad	¿Graduado?
Seleccione  *	Especialidad  *	<input type="checkbox"/> Graduado(a)



Guardar
Agregar
Eliminar

11 DATOS ACADÉMICOS ADICIONALES: seleccione de la lista desplegable ¿Desea continuar sus estudios?, Opciones de Estudio y ¿Le gustaría participar como Facilitador?. Debe suministrar todos los datos en los campos que estén habilitados y requeridos, los cuales se denotan con un asterisco (*). Haga clic en el botón **Guardar**.

DATOS ACADÉMICOS ADICIONALES

☒ ¿Desea continuar sus estudios? ☒ Opciones de Estudio ☒ ¿Le gustaría participar como Facilitador?

Seleccione  *
 Seleccione  *
 Seleccione  *

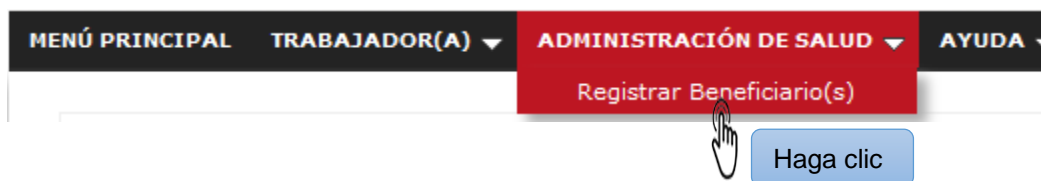
 **Guardar** **Haga clic**

Menú Tabla de contenido

ADMINISTRACIÓN DE SALUD / Registrar Beneficiario(s)


1

Haga clic en el menú ADMINISTRACIÓN DE SALUD, opción Registrar Beneficiario(s).



2

Si el Beneficiario tiene Cédula de Identidad, ingrese el número de la Cédula de Identidad, Haga clic en el botón **Buscar**. En caso contrario, ingrese el número de Certificado de Nacimiento.



The screenshot shows a form titled 'ADMINISTRACIÓN DE SALUD --> Registrar Beneficiario(s)'. It has a label 'Campos obligatorios (*)' in red. There are two input fields: '¿Tiene Cédula de Identidad?' with a dropdown menu set to 'Sí', and 'Cédula de Identidad' with a dropdown menu and a text input field. A 'Buscar' button is highlighted with a hand icon, and a blue button labeled 'Haga clic' is next to it.

3

Si el dato de consulta esta registrado en nuestra data SAIME deberá completar la información solicitada: el Estado Civil, Parentesco, lateralidad, ¿Posee alguna Discapacidad?, Código CONAPDIS, Discapacidad, Grado de Discapacidad, Alergias, Tipo de Alergias, número de Teléfono Personal, número de teléfono de Habitación y Correo Electrónico, de lo contrario deberá registrar toda la información solicitada en la sección del Beneficiario. Debe suministrar todos los datos en los campos que estén habilitados y requeridos, los cuales se denotan con un asterisco (*). Haga clic en el botón **Agregar**.



The screenshot shows a form titled 'BENEFICIARIO'. It contains several fields for personal information, including 'Primer Apellido', 'Segundo Apellido', 'Primer Nombre', 'Segundo Nombre', 'Sexo', 'Fecha de Nacimiento', 'Estado Civil', 'Parentesco', 'Lateralidad', '¿Posee alguna Discapacidad?', 'Código CONAPDIS', 'Discapacidad', 'Grado de Discapacidad', 'Observación(es)', 'Alergias', 'Tipo de Alergias', 'Teléfono Personal', 'Teléfono de Habitación', and 'Correo Electrónico'. Many fields have an asterisk (*) indicating they are required. The 'Agregar' button is highlighted with a hand icon, and a blue button labeled 'Haga clic' is next to it.

Menú Tabla de contenido

ADMINISTRACIÓN DE SALUD / Registrar Beneficiario(s)

Si el beneficiario no tiene Cédula de Identidad, ingrese el número del Certificado de Nacimiento. Haga clic en el botón **Buscar**.

ADMINISTRACIÓN DE SALUD --> Registrar Beneficiario(s)

Campos obligatorios (*)

¿Tiene Cédula de Identidad? *

Nro. de Cert. de Nacimiento: *

Buscar

Haga clic

En la sección del BENEFICIARIO complete la información solicitada: Apellidos, Nombres, Sexo, Fecha de Nacimiento, Estado Civil, Parentesco, lateralidad, ¿Posee alguna Discapacidad?, Código CONAPDIS, Discapacidad, Grado de Discapacidad, Alergias, Tipo de Alergias, ¿Posee parentesco por Adopción o Colocación Familiar?, número de Registro del Tribunal, número de Teléfono Personal, número de Teléfono de Habitación y Correo Electrónico. Debe suministrar todos los datos en los campos que estén habilitados y requeridos, los cuales se denotan con un asterisco (*). Haga clic en el botón **Agregar**.

BENEFICIARIO

Primer Apellido <input type="text" value="Primer Apellido"/> *	Segundo Apellido <input type="text" value="Segundo Apellido"/> *	Primer Nombre <input type="text" value="Primer Nombre"/> *	Segundo Nombre <input type="text" value="Segundo Nombre"/>
Sexo <input type="text" value="Seleccione"/> *	Fecha de Nacimiento <input type="text" value="Ej. 00-00-0000"/>	Estado Civil <input type="text" value="Seleccione"/>	Parentesco <input type="text" value="Seleccionar"/> *
Lateralidad <input type="text" value="Seleccione"/> *	¿Posee alguna Discapacidad? <input type="text" value="Seleccione"/> *	Código CONAPDIS <input type="text" value="Código CONAPDIS"/> *	Discapacidad <input type="text" value=""/>
Grado de Discapacidad <input type="text" value="Seleccione"/> *	Observación(es) <input type="text" value="Observación(es)"/>		
Alergias <input type="text" value="Seleccione"/> *	Tipo de Alergias <input type="text" value="Tipo de Alergias"/> *		
¿Posee parentesco por Adopción o Colocación Familiar? <input type="text" value="Seleccione"/> *	Nº Registro Tribunal <input type="text" value="Nº Registro Tribunal"/> *		
Teléfono Personal <input type="text" value="Nº Teléfono"/> *	Teléfono de Habitación <input type="text" value="Cód. - Nº Teléfono"/> *	Correo Electrónico <input type="text" value="micorreo@dominio.com"/> *	

Agregar

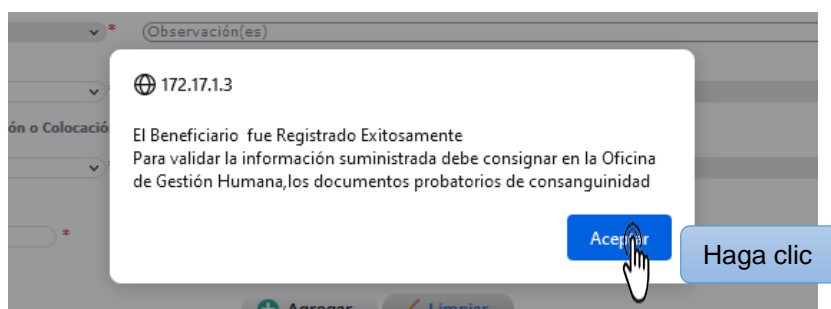
Limpiar

Haga clic

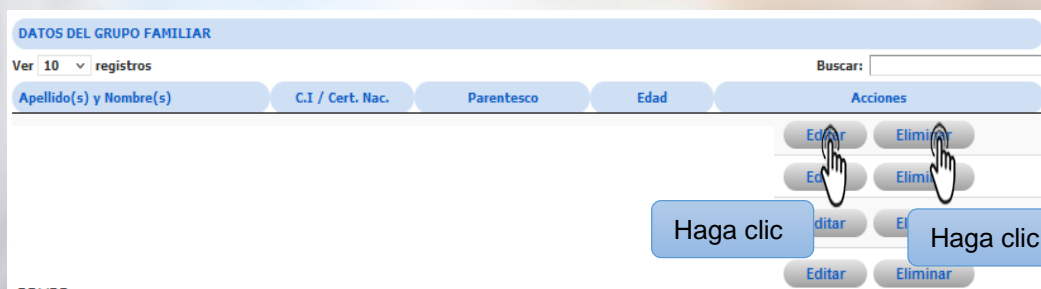
Menú Tabla de contenido

ADMINISTRACIÓN DE SALUD / Registrar Beneficiario(s)

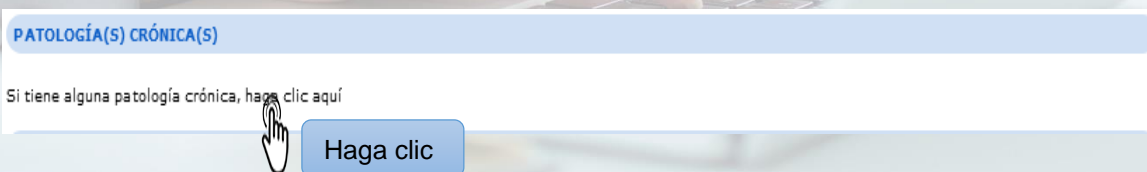
Visualizará por pantalla el siguiente mensaje. Haga clic en el botón Aceptar.



Una vez registrado los **DATOS DEL GRUPO FAMILIAR** del beneficiario, el sistema le permite **Editar** o **Eliminar** el registro de su preferencia.




PATOLOGÍA(S) CRÓNICA(S): si tiene una Patología Crónica, haga clic en la pregunta.



Menú Tabla de contenido

ADMINISTRACIÓN DE SALUD / Registrar Beneficiario(s)

9

Seleccione de la lista desplegable el tipo de Patología, Tratamiento e indique si tiene una observación en caso que lo requiera. Haga clic en el botón ☒ para **Guardar**, si tiene otra Patología Crónica haga clic en el botón **+** para **Agregar**. En caso que desee **Eliminar** información seleccione el registro haga clic en el botón .

PATOLOGÍA(S) CRÓNICA(S)

Patología	Tratamiento	Observación(es)
Seleccione ▼ *	Seleccione ▼ *	

Agregar



Guardar

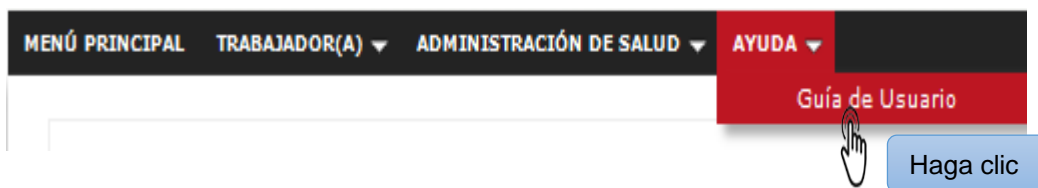
Eliminar

Menú Tabla de contenido

AYUDA / Guía de Usuario

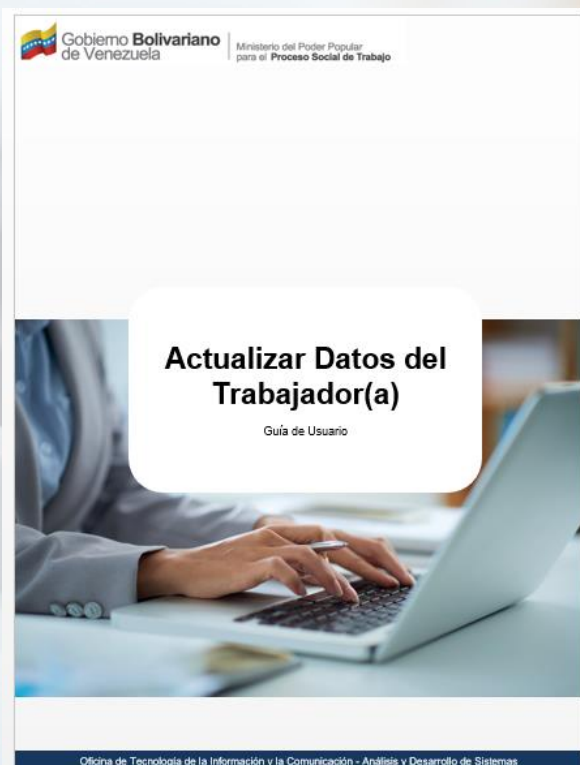
1

Haga clic en el menú AYUDA, opción Guía de Usuario.



2

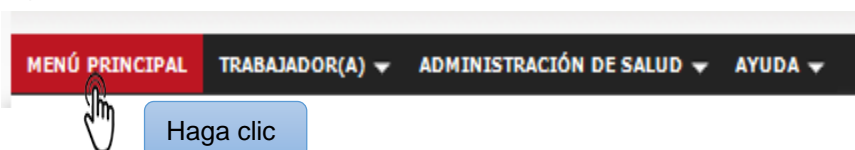
Visualizará la Guía de Usuario.



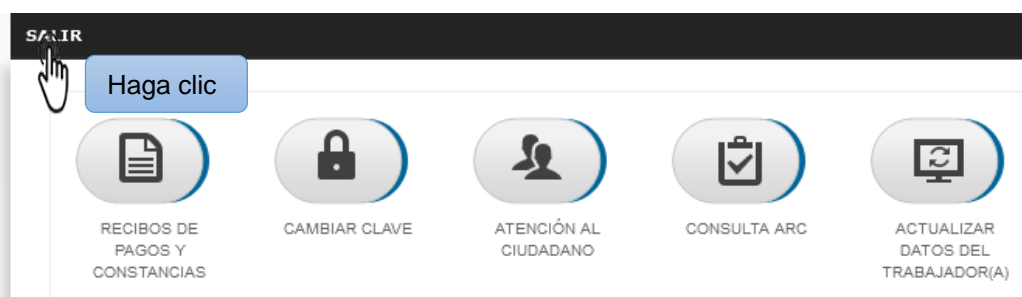
Menú Tabla de contenido

SALIR

1 Haga clic en el MENÚ PRINCIPAL.



2 Visualizará la siguiente pantalla, haga clic en SALIR.



3 Visualizará la pantalla del Sistema de Información de Gestión laboral (SIGLA).

