

**Manual de Procedimientos de  
Delegaciones del Instituto de Seguridad y  
Servicios Sociales de los Trabajadores del  
Estado  
Tipo “B”  
Tomo 4 Parte 5  
(Subdelegación de Prestaciones. Procedimientos 8 a 19  
del Departamento de Pensiones, Seguridad e Higiene)**

---

**Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los  
Trabajadores del Estado**

**Normateca Electrónica Institucional**

## FICHA TÉCNICA

ACUERDO DEL DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, POR EL QUE SE REEXPIDEN LOS MANUALES DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES TIPOS A Y B DEL INSTITUTO

*FECHA DE EXPEDICIÓN: 29 DE MAYO DE 2007*

*FECHA DE PUBLICACIÓN DEL ACUERDO DE*

*REEXPEDICIÓN EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN (DOF): 20 DE DICIEMBRE DE 2007*

*FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 21 DE DICIEMBRE DE 2007*

### MODIFICACIONES:

SE ACTUALIZAN LOS MANUALES DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES TIPOS A Y B DEL INSTITUTO INCORPORÁNDOSE EL PROCEDIMIENTO PARA LA VERIFICACIÓN DE SUPERVIVENCIA DE LA POBLACIÓN PENSIONARIA

*FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 26 DE ABRIL DE 2016*

*FECHA DE PUBLICACIÓN EN LA NORMATECA ELECTRÓNICA INSTITUCIONAL (NEI): 13 DE JUNIO DE 2016*

SE ACTUALIZAN LOS MANUALES DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES TIPOS A Y B DEL INSTITUTO INCORPORÁNDOSE EL PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PREVENTIVA EN LA CLÍNICA DE DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO AUTOMATIZADOS (CLIDDA)

*FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 12 DE AGOSTO DE 2016*

*FECHA DE PUBLICACIÓN EN LA NORMATECA ELECTRÓNICA INSTITUCIONAL (NEI): 22 DE AGOSTO DE 2016*



## 8. TRÁMITE PARA LA PENSIÓN ALIMENTICIA

### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3780

## 8. TRÁMITE PARA LA PENSIÓN ALIMENTICIA



## 8. TRÁMITE PARA LA PENSIÓN ALIMENTICIA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3781

#### 1. OBJETIVO

EFFECTUAR EL PAGO DE LA PENSIÓN ALIMENTICIA DE ACUERDO A LO SEÑALADO EN LA ORDEN JUDICIAL EMITIDA POR EL JUZGADO CORRESPONDIENTE.

#### 2. POLÍTICAS DE OPERACIÓN

##### DEL DESCUENTO DE LA PENSIÓN ALIMENTICIA

1. EL DESCUENTO DE LA PENSIÓN ALIMENTICIA SE GESTIONARÁ CON CARÁCTER PRIORITARIO DESDE EL MOMENTO EN QUE EL INSTITUTO RECIBA LA ORDEN JUDICIAL, AÚN CUANDO ÉSTA SEA PROVISIONAL, HACIÉNDOSE EFECTIVO EN EL MES DE PROCESO QUE SEA FACTIBLE, DE CONFORMIDAD CON EL CALENDARIO DE MOVIMIENTOS EN NÓMINA (VER COMPENDIO DE CONTROLES Y CATÁLOGOS).
2. CUANDO LA RESOLUCIÓN DICTADA POR EL JUEZ O BIEN, LA PROPIA OPERACIÓN DEL ISSSTE, PROPICIEN LA EXISTENCIA DE UN PERÍODO DE RETROACTIVIDAD EN EL DESCUENTO DE LA PENSIÓN ALIMENTICIA, SE PROCEDERÁ EN LA SIGUIENTE FORMA:
  - a. SE IDENTIFICARÁN LOS MONTOS MENSUALES DE LA PERCEPCIÓN ECONÓMICA QUE DEVENGO EL PENSIONISTA DEMANDADO, DURANTE EL TIEMPO QUE ABARQUE LA RETROACTIVIDAD DEL DESCUENTO.
  - b. TOMANDO COMO BASE LA CANTIDAD FIJA O PORCENTAJE ESTIPULADO EN LA RESOLUCIÓN, SE DETERMINARÁ POR CADA UNO DE LOS MESES DEVENGADOS POR EL PENSIONISTA, EL IMPORTE QUE LE ADEUDA A LA ACREEDORA ALIMENTISTA.
  - c. SE TOTALIZARÁN LOS IMPORTES MENSUALES ADEUDADOS PARA OBTENER EL MONTO GLOBAL DEL DESCUENTO RETROACTIVO.
  - d. SE FORMULARÁ EL MOVIMIENTO A LA NÓMINA, MISMO QUE PRODUCIRÁ INICIALMENTE LA DISMINUCIÓN DE LA CUOTA FIJA O PORCENTAJE MENSUAL SOBRE EL MONTO DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA CONCEDIDA AL AFECTADO. UNA VEZ AJUSTADA DICHA PRESTACIÓN ECONÓMICA, SE LE DEDUCIRÁ HASTA EN UN 50% ADICIONAL, CON OBJETO DE RECUPERAR ÁGILMENTE EL ADEUDO QUE TIENE EL PENSIONISTA CON LA ACREEDORA ALIMENTISTA (ESTE ÚLTIMO DESCUENTO SE REPETIRÁ EN TANTAS MENSUALIDADES COMO SEA NECESARIO PARA FINIQUITAR EL ADEUDO).



## 8. TRÁMITE PARA LA PENSIÓN ALIMENTICIA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3782

#### DE LOS DATOS DE LA ORDEN JUDICIAL

#### 3. PARA EFECTOS DEL DESCUENTO, LA ORDEN JUDICIAL DEBERÁ CONTENER:

- EL NOMBRE COMPLETO DEL PENSIONISTA DEMANDADO POR EL JUICIO DE ALIMENTOS.
- LA FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE TENDRÁ QUE DAR CUMPLIMIENTO AL ORDENAMIENTO.  
SI LA ORDEN JUDICIAL NO DETERMINA LA FECHA DE INICIO DEL DESCUENTO, SE EFECTUARÁ CONFORME A LO SIGUIENTE:  
A) UTILIZANDO COMO REFERENCIA LA FECHA DE LA RESOLUCIÓN (PROVEÍDO O AUTO).  
B) UTILIZANDO LA FECHA DE EMISIÓN DE LA ORDEN JUDICIAL.
- LA CANTIDAD FIJA O PORCENTAJE SE APLICARÁ SEGÚN LA RESOLUCIÓN DICTADA.
- LOS CONCEPTOS DE PERCEPCIÓN QUE SERÁN SUJETOS DE DESCUENTO.
- EL NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA QUE FUNGIRÁ COMO ACREEDORA ALIMENTISTA.
- EL LUGAR EN DONDE SE UBICARÁ EL PAGO DE LA PENSIÓN ALIMENTICIA.

#### DE LA MODIFICACIÓN DEL DESCUENTO

- EL IMPORTE DESCONTADO A UN PENSIONISTA, SÓLO PODRÁ SER MODIFICADO POR INTERMEDIACIÓN DE UNA NUEVA ORDEN JUDICIAL EN LA QUE LA AUTORIDAD JUDICIAL DISPONGA OTRO CRITERIO DE APLICACIÓN.

#### DE LA CANCELACIÓN DEL DESCUENTO

- EL DESCUENTO POR CONCEPTO DE PENSIÓN ALIMENTICIA SERÁ CANCELADO:
  - POR ORDEN EXPRESA DE LA AUTORIDAD JUDICIAL
  - POR FALLECIMIENTO DEL PENSIONISTA AFECTADO

#### DE LOS CASOS ESPECIALES PARA APLICACIÓN DEL DESCUENTO

- LA PRESTACIÓN ECONÓMICA QUE DISFRUTE UN PENSIONISTA PODRÁ SER AFECTADA INCLUSO POR EL 100% DE SU MONTO, YA SEA POR UNA O MÁS ÓRDENES JUDICIALES DE PENSIÓN ALIMENTICIA RECIBIDAS EN EL ISSSTE.



## 8. TRÁMITE PARA LA PENSIÓN ALIMENTICIA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3783

7. CUANDO DESPUÉS DE APLICADO UN PRIMER ORDENAMIENTO SE RECIBA OTRO CUYA RESOLUCIÓN PROVOQUE QUE EN CONJUNTO LOS DESCUENTOS REBASEN EL 100% DEL MONTO DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA AFECTADA, EL DEPARTAMENTO DE PENSIONES QUE REALIZA EL TRÁMITE DARÁ AVISO A LA AUTORIDAD JUDICIAL SOBRE ESTE HECHO, A EFECTO DE QUE SE DEFINA EL CRITERIO A UTILIZAR O SE MODIFIQUE LA SEGUNDA RESOLUCIÓN.

#### DEL PAGO DE LA PENSIÓN ALIMENTICIA

8. EL PAGO DE LA PENSIÓN ALIMENTICIA SE HARÁ EFECTIVO EN EL MISMO MES DEL PROCESO EN QUE SEA FACTIBLE LA APLICACIÓN DEL DESCUENTO, SIENDO EQUITATIVOS AMBOS EFECTOS; ES DECIR, QUE LA ACREEDORA ALIMENTISTA RECIBIRÁ ÍNTEGRAMENTE EL IMPORTE QUE SEA POSIBLE DEDUCIR DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA QUE TIENE ASIGNADA EL PENSIONISTA AFECTADO.
9. LOS CHEQUES EXPEDIDOS EN FAVOR DE LAS ACREEDORAS ALIMENTISTAS FORÁNEAS SERÁN TURNADOS CON SU RESPECTIVA NÓMINA AL DEPARTAMENTO DE PENSIONES QUE SE ENCUENTRE INSTALADA EN LA ENTIDAD FEDERATIVA DESIGNADA POR LA ORDEN JUDICIAL. CUANDO SE TRATE DE ACREEDORAS ALIMENTISTAS RADICADAS EN EL DISTRITO FEDERAL, LOS CHEQUES SERÁN CANALIZADOS A LA TESORERÍA GENERAL DEL ISSSTE.
10. EN AMBOS CASOS, LA ACREEDORA ALIMENTISTA ACUDIRÁ MENSUALMENTE A LAS CAJAS O VENTANILLAS DEPOSITARIAS DE DICHOS CHEQUES PARA GESTIONAR SU COBRO.

#### DE LA MODIFICACIÓN DEL PAGO

11. EL IMPORTE PAGADO A UNA ACREEDORA ALIMENTISTA SÓLO PODRÁ SER MODIFICADO POR INTERMEDIACIÓN DE UNA NUEVA ORDEN JUDICIAL EN LA QUE LA AUTORIDAD COMPETENTE DISPONGA OTRO CRITERIO DE APLICACIÓN.

#### DE LA CANCELACIÓN DEL PAGO

12. EL PAGO DE LA PENSIÓN ALIMENTICIA SERÁ CANCELADO:
- POR ORDEN EXPRESA DE LA AUTORIDAD JUDICIAL
  - POR FALLECIMIENTO DE LA ACREEDORA ALIMENTISTA



## 8. TRÁMITE PARA LA PENSIÓN ALIMENTICIA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3784

### DE LOS CASOS ESPECIALES PARA LA GENERACIÓN DEL PAGO

13. CUANDO EL ORDENAMIENTO JUDICIAL ESTABLEZCA UNA FECHA DE INICIO DEL PAGO QUE SEA ANTERIOR A AQUÉLLA EN LA QUE EL AFECTADO ADQUIRIÓ LA CALIDAD DE PENSIONISTA, SE PROCEDERÁ A EFECTUAR EL DESCUENTO CORRESPONDIENTE A PARTIR DE LA SEGUNDA.

### MANEJO DE LAS CONDICIONES PARA EFECTUAR EL PAGO

14. LA ORDEN JUDICIAL DETERMINARÁ EN SU TEXTO LA CONDICIONANTE A CUMPLIR PARA HABILITAR UNA PENSIÓN ALIMENTICIA, A MANERA DE EJEMPLOS SE EXPONEN LOS CASOS DE MAYOR FRECUENCIA.

#### EJEMPLOS:

- TEXTO “..... A EFECTO DE QUE SE ORDENE SE RETENGA LA CANTIDAD DE TRESCIENTOS PESOS MENSUALES AL SEÑOR ...”  
SE UTILIZA LA CLAVE 1 (IMPORTE FIJO SIN REPERCUSIÓN EN PRESTACIONES ADICIONALES A LA PENSIÓN).
- TEXTO “..... POR LO QUE DEBERÁ DESCONTÁRSELE AL SEÑOR ... , LA CANTIDAD DE DOSCIENTOS PESOS MENSUALES Y DEMÁS PRESTACIONES ...”  
SE UTILIZA LA CLAVE 2 (IMPORTE FIJO CON REPERCUSIÓN EN PRESTACIONES ADICIONALES A LA PENSIÓN).
- TEXTO “..... AGRADECIÉNDOLE ORDENE A QUIEN CORRESPONDA, PROCEDA A EFECTUAR LOS DESCUENTOS DEL TREINTA Y CINCO POR CIENTO DE LA PENSIÓN QUE OBTIENE EL SEÑOR ...”  
SE UTILIZA LA CLAVE 3 (PORCENTAJE SIN REPERCUSIÓN EN PRESTACIONES ADICIONALES A LA PENSIÓN).
- TEXTO “..... DIRIJO A USTED EL PRESENTE, A FIN DE QUE SE SIRVA ORDENAR A QUIEN CORRESPONDA, DESCUENTE AL SEÑOR ... , EL 15% DEL SUELDO Y DEMÁS PERCEPCIONES QUE RECIBA COMO JUBILADO .....”  
SE UTILIZA LA CLAVE 4 (PORCENTAJE CON REPERCUSIÓN EN PRESTACIONES ADICIONALES A LA PENSIÓN).



## 8. TRÁMITE PARA LA PENSIÓN ALIMENTICIA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3785

### 3. DESARROLLO

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
1	AUTORIDAD JUDICIAL	Inicia el procedimiento  Entrega al Departamento de Pensiones, Seguridad e Higiene (Área de Atención al Público) el original de la Orden Judicial.
2	DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE (ÁREA DE ATENCIÓN AL PÚBLICO)  DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE (ÁREA DE LIQUIDACIÓN)	Recibe original de la Orden Judicial y le asigna número de control.
3		Envía original de la Orden Judicial al Área de Liquidación, recaba acuse en copia y archiva.
4		Recibe original de la Orden Judicial y firma acuse.
5		Verifica que el pensionista exista en el Catálogo del Sistema Integral de Retiro (CATSIR). ¿Existe en el Catálogo?
5.1		SI. Elabora reporte "Pensión Alimenticia" M-33 y liquidación para el pago de la pensión. Continúa en actividad 8.
5.2		NO. Elabora en original y copia el Oficio de Notificación del juzgado, informando que no se localizó antecedente del demandado.
6		Envía original del Oficio de Notificación a la Autoridad Judicial, recaba acuse en copia y archiva.
7	AUTORIDAD JUDICIAL	Recibe original del Oficio, firma acuse y archiva.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B





## 8. TRÁMITE PARA LA PENSIÓN ALIMENTICIA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

<b>Código:</b>	<b>Versión:</b>
----------------	-----------------

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

<b>No. de Página</b>
3786

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
8	ÁREA DE LIQUIDACIÓN	Captura en el reporte (M-33) los datos sobre la retención al demandado y la percepción para la acreedora alimentista.
9		Valida los datos capturados en el reporte (M-33).
10		Elabora en original y copia el Oficio de Notificación sobre el cumplimiento de lo dispuesto por la Orden Judicial.
11		Envía original del Oficio a la Autoridad Judicial, recaba acuse en copia y archiva.
12	AUTORIDAD JUDICIAL	Recibe original del Oficio, firma acuse y archiva.
13	ÁREA DE LIQUIDACIÓN	Envía copia del Oficio de Notificación, original de la Orden Judicial y del Reporte (M-33) al Área de Atención al Público, recaba acuse en copia y archiva.
14	ÁREA DE ATENCIÓN AL PÚBLICO	Recibe documentación anterior, firma acuse y localiza expediente del pensionista. ¿Se encuentra el expediente?
14.1		SI. Integra documentación al expediente y lo archiva. Continúa en actividad 19.
14.2		NO. Consulta en sistema para localizarlo.
15		Elabora en original y copia el Oficio de envío de la documentación a la Delegación Estatal o Archivo General.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE		TIPO B
--	--	--------



## 8. TRÁMITE PARA LA PENSIÓN ALIMENTICIA

### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

#### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3787

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
16	DELEGACIÓN ESTATAL O ARCHIVO CENTRAL	Envía original del Oficio y documentación a la Delegación Estatal o Archivo Central, recaba acuse en copia y archiva.
17		Recibe Oficio y documentación, revisa y firma acuse.
18		Localiza expediente del pensionista e incorpora la documentación, lo archiva.
19	ACREEDORA ALIMENTISTA	Acude al Departamento de Pensiones, Seguridad e Higiene (Área de Atención al Público) para obtener información sobre el trámite de pensión alimenticia.
20	ÁREA DE ATENCIÓN AL PÚBLICO	Localiza en el expediente la copia de la Orden Judicial e informa a la acreedora alimentista sobre las condiciones de cobro de la pensión.
21	ACREEDORA ALIMENTISTA	Solicita fotografías a la acreedora alimentista y elabora la credencial de identificación.
22		Entrega credencial.
23		Recibe credencial para realizar mensualmente el cobro de la pensión.
		Termina el procedimiento.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



## 8. TRÁMITE PARA LA PENSIÓN ALIMENTICIA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

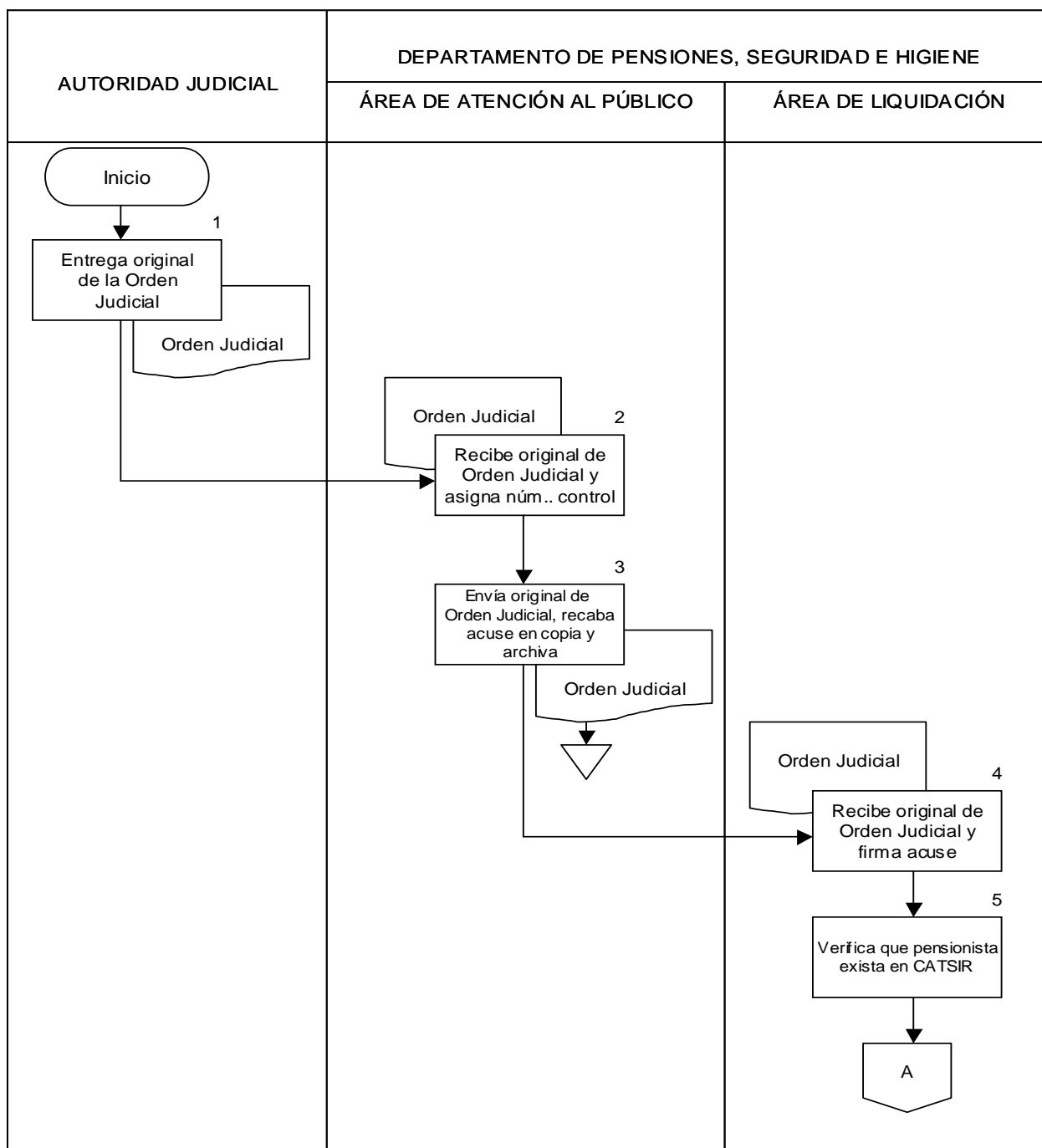
Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3788

#### 4. DIAGRAMA DE FLUJO



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



## 8. TRÁMITE PARA LA PENSIÓN ALIMENTICIA

### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

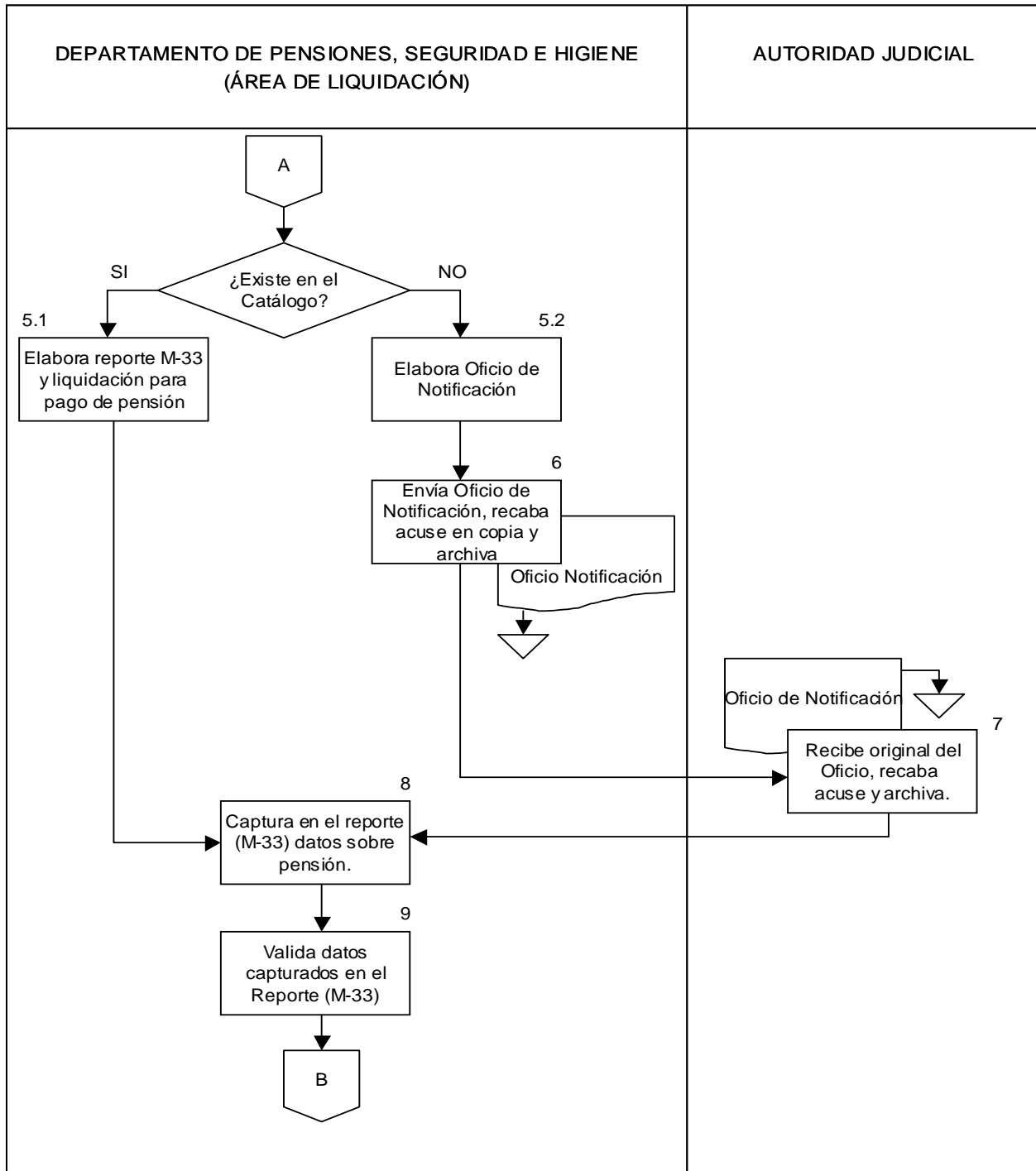
Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3789



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



## 8. TRÁMITE PARA LA PENSIÓN ALIMENTICIA

### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

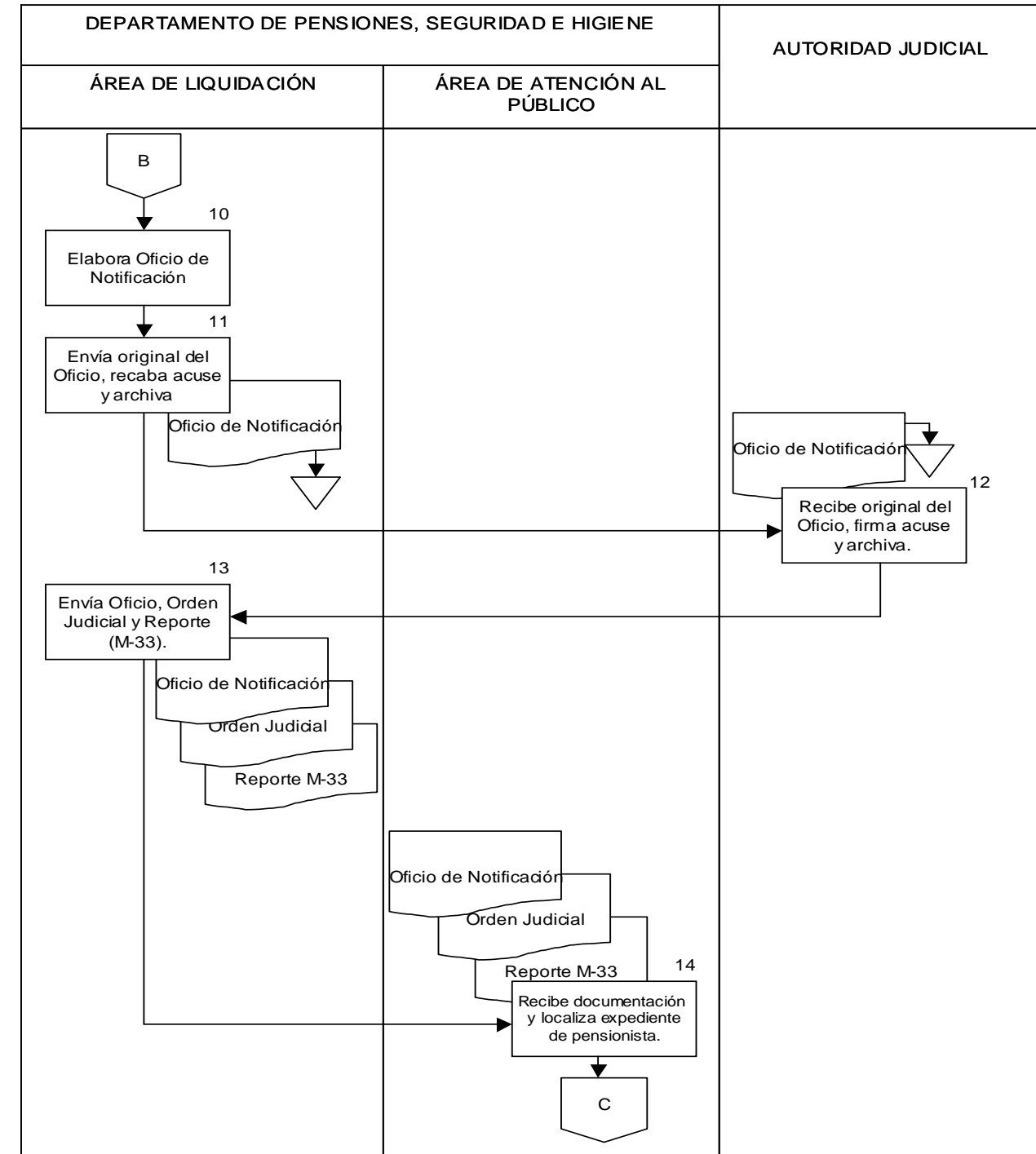
Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3790



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



## 8. TRÁMITE PARA LA PENSIÓN ALIMENTICIA

### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

#### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

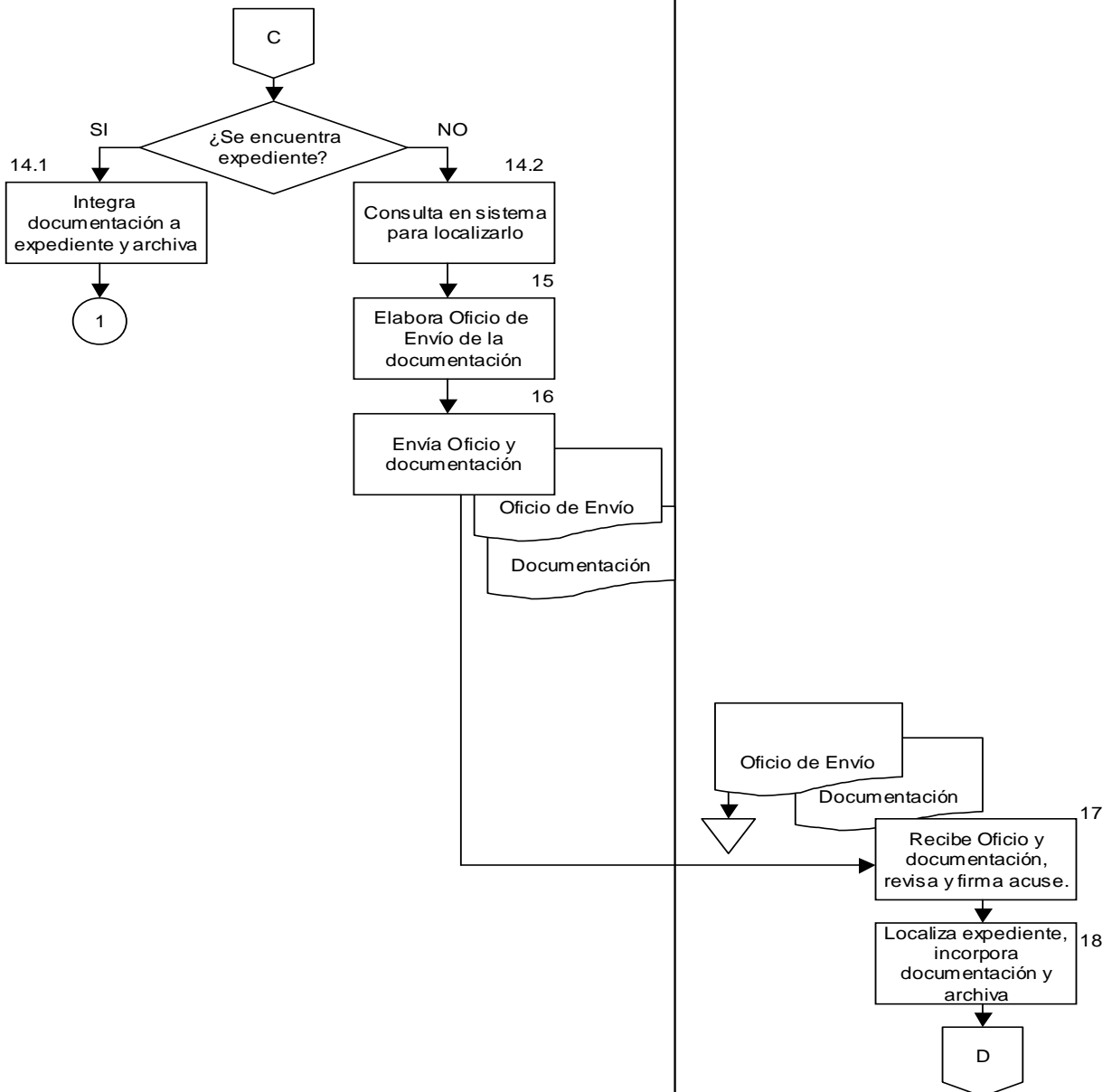
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3791

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE  
(ÁREA DE ATENCIÓN AL PÚBLICO)

DELEGACIÓN ESTATAL O ARCHIVO  
CENTRAL



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



## 8. TRÁMITE PARA LA PENSIÓN ALIMENTICIA

### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

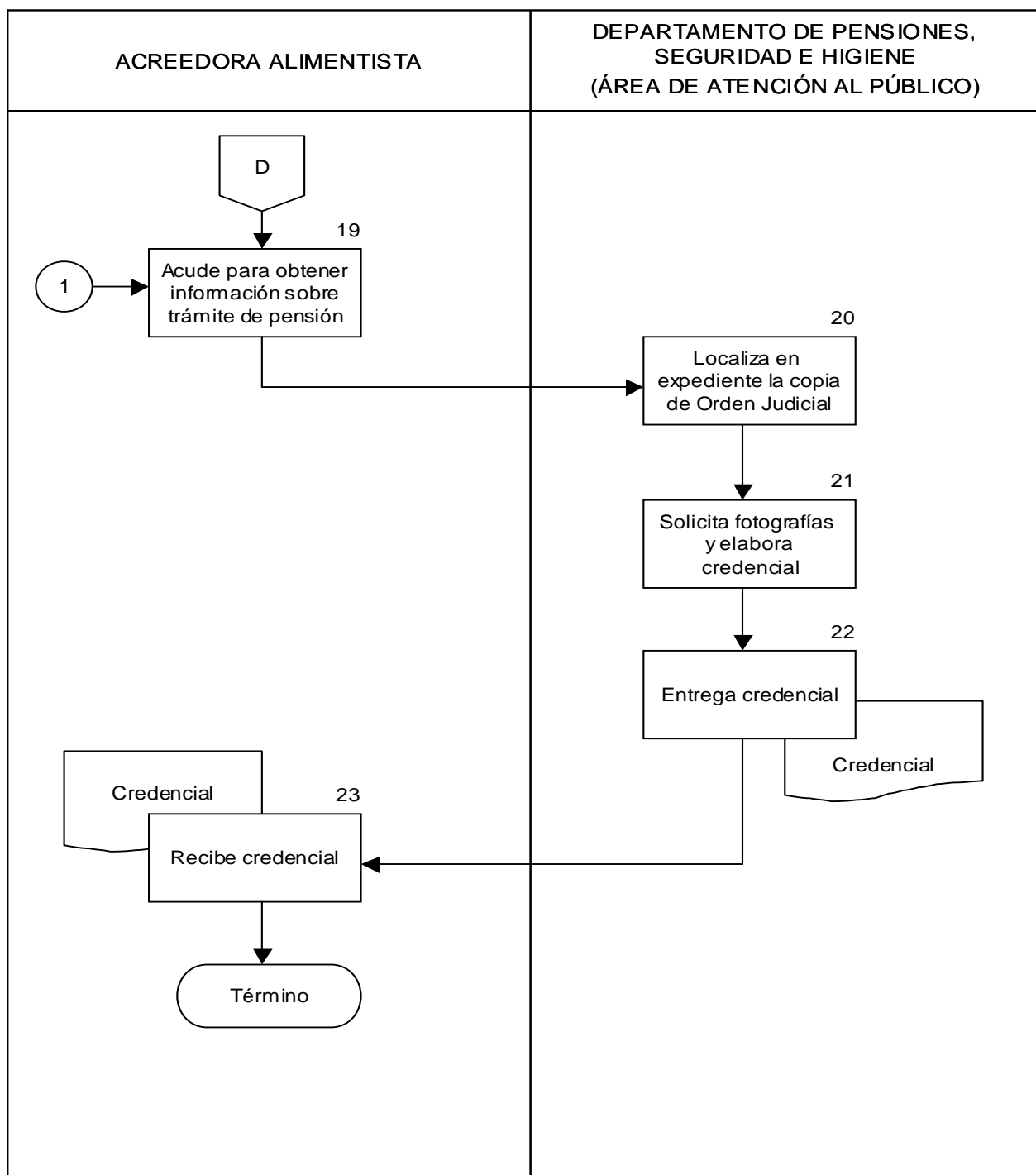
Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3792



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



## 8. TRÁMITE PARA LA PENSIÓN ALIMENTICIA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3793

## 5. REGISTROS

Nombre del Registro	Almacenamiento	Ordenado por	Tiempo de Retención	Protección	Disposición
Expediente					
Archivo					

6. REFERENCIAS	Compendio de Controles y Catálogos
7. TÉRMINOS Y DEFINICIONES	Acreedora alimentista: persona que solicita la pensión alimenticia.
8. ANEXOS	a. Reporte de Pensión Alimenticia (M-33) b. Oficio de Notificación al juzgado, informando que no se localizó antecedente del demandado. c. Oficio de Notificación sobre el cumplimiento de lo dispuesto por orden judicial.

## 9. RESUMEN DE CAMBIOS

Página	Punto ó Sección del Documento	Resumen y Motivo del Cambio
	Todo el documento	Simplificación, se crearon políticas, se ordenaron actividades y se aclaró la redacción.

Nombre Elaboró	Nombre Revisó	Nombre Aprobó
-------------------	------------------	------------------

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B





## 8. TRÁMITE PARA LA PENSIÓN ALIMENTICIA

### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3794

## 8. ANEXOS



## SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

**Código:**

**Versión:****Fecha de autorización**

<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
21	12	2007

No. de Página

3795

a. Reporte de Pensión Alimenticia (M-33)



Delegación: 1

Suddelegación de Prestaciones Económicas

## Reporte exclusivo del Instituto

[illegible]

18

Jefe del Departamento de Pensiones,  
Seguridad e Higiene

28

M-33

Clave y Fecha de Tecleo

19

Nombre y Firma

Mes de Incl

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



## 8. TRÁMITE PARA LA PENSIÓN ALIMENTICIA

### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

#### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

<b>Código:</b>	<b>Versión:</b>
----------------	-----------------

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

<b>No. de Página</b>
3796

Instructivo de formato: Reporte de Pensión Alimenticia	Clave del formato: (M-33)
--	------------------------------

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	Delegación:	El nombre de la Entidad Federativa en la que se encuentra instalado el Departamento de Pensiones.
	REPORTE EXCLUSIVO DEL INSTITUTO	
2	Acción	<p>La letra respectiva, de acuerdo con:</p> <p>A=Alta (cuando se instale el descuento de Pensión Alimenticia, de acuerdo con lo estipulado en la Orden Judicial). Nota: Se utilizan todos los campos (con excepción de Importe Mensual Fijo o Porcentaje, ya que serán manejados en forma opcional).</p> <p>B=Baja (cuando se cancele el descuento de Pensión Alimenticia, de acuerdo con lo estipulado en la Orden Judicial). Nota: Los campos marcados con asterisco (*), no se reportan.</p> <p>C=Cambio (cuando por interposición de otra Orden Judicial, se modifique el descuento de la Pensión Alimenticia). Nota: Se utilizan Acción, N° de Control, R.F.C., Homónimo, No. de Pensionista, Identificación de Beneficiaria, el o los campos que se desean modificar (excepto Localidad y Sucursal de Pago) y Cifras de Control.</p>
3	No. de Control	Folio compuesto de siete dígitos (los primeros identifican a la Entidad de Trámite y los cinco restantes deben ser iguales a los consignados en el original de la Orden Judicial).
4	R.F.C	El Registro Federal de Contribuyente que corresponde al pensionista directo que será afectado por el descuento de la Pensión Alimenticia.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE		TIPO B
--	--	--------



## 8. TRÁMITE PARA LA PENSIÓN ALIMENTICIA

### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3797

Instructivo de formato: Reporte de Pensión Alimenticia

Clave del formato:  
(M-33)

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE						
5	Homónimo	Se anotarán ceros "000" en este espacio o la homoclave en caso de que se conozca.						
6	Nº de Pensionista	Con seis dígitos, el número que se asignó al pensionista directo demandado, cuando ingresó al Sistema Pensionario del Gobierno Federal. Nota: Se antepondrán ceros al Nº de Pensionista, hasta acumular seis posiciones.						
7	Importe Mensual Fijo	La cantidad en pesos que mensualmente se descontará al pensionista directo afectado por la Orden Judicial. Nota: Se antepondrán ceros al Importe Mensual Fijo, hasta acumular siete posiciones.						
8	Porcentaje	El tanto por ciento que mensualmente se descontará al pensionista directo afectado por la Orden Judicial (utilizando invariablemente un decimal).  Ejemplo:  <table><tr><td>25%</td><td>=</td><td>250</td></tr><tr><td>100%</td><td>=</td><td>999</td></tr></table>	25%	=	250	100%	=	999
25%	=	250						
100%	=	999						
9	Fecha de Inicio (AA-MM-DD) */	La fecha a partir de la cual se efectuarán los descuentos al pensionista directos, utilizando dos dígitos para el año, dos para el mes y dos para el día (Mes de proceso en que se hará la inclusión de los movimientos).						
10	Nómina Final ( AA-MM) */	La fecha determinada por la Orden Judicial como la última en que deberá surtir efecto el descuento por Pensión Alimenticia, utilizando dos dígitos para el año y dos para el mes. En el supuesto de que dicha Orden Judicial no especifique fecha de término para la aplicación del descuento, se asentará 9999.						

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



## 8. TRÁMITE PARA LA PENSIÓN ALIMENTICIA

### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	3798

Instructivo de formato: Reporte de Pensión Alimenticia	Clave del formato: (M-33)
--	------------------------------

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
11	Identificador de Beneficiaria	Se anotará 091 si se trata de la primera beneficiaria a la Pensión Alimenticia (cuando se presenten otras acreedoras alimentistas, se irán codificando progresivamente hasta el 099).
12	Nombre de la Beneficiaria	El apellido paterno, materno y nombre(s) completos de la acreedora alimentista
13	Nombre del Pensionista ( No se graba)	El apellido paterno, materno y nombre(s) completos de la pensionista demandada
14	Localidad de Pago */	Con seis dígitos, la identificación de la Entidad Federativa a donde se destinará el cheque mensual de Pensión Alimenticia (solo se pagará en Delegaciones Estatales).
15	Sucursal de Pago */	La clave que le corresponde a la Delegación del ISSSTE. Nota: Anteponer un Cero "0" al anotar la clave de la sucursal de la Delegación estatal de tal forma que ocupe cuatro posiciones
16	Repercusión. */	De acuerdo con lo indicado en el texto de la Orden Judicial, se anotará: 1= Importe fijo sin repercusión en Prestaciones Adicionales a la Pensión 2= Importe fijo con repercusión en Prestaciones Adicionales a la Pensión. 3= Porcentaje sin repercusión en Prestaciones Adicionales a la Pensión. 4= Porcentaje con repercusión en Prestaciones Adicionales a la Pensión
17	Cifras de Control	La sumatoria de los códigos numéricos que aparecen en el renglón. Nota: Anteponer ceros a la Cifras de Control, hasta acumular ocho posiciones

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE		TIPO B
--	--	--------



## 8. TRÁMITE PARA LA PENSIÓN ALIMENTICIA

### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3799

Instructivo de formato: Reporte de Pensión Alimenticia

Clave del formato:  
(M-33)

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
18	Clave y Fecha de Tecleo	(Estos datos serán anotados por el personal de captura).
19	Jefe del Departamento de Pensiones, Seguridad e Higiene	El nombre y la firma completa del servidor público que funge como jefe o responsable del Departamento, así como su firma autógrafa.
20	Mes de Inclusión	El mes en que se hará la inclusión de los movimientos reportados en los archivos correspondientes.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



**8. TRÁMITE PARA LA PENSIÓN ALIMENTICIA**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3800

b. Oficio de Notificación al juzgado, informando que no se localizó antecedente del demandado.



Delegación:  
Subdelegación de Prestaciones

Oficio Núm.:

Fecha:

Asunto: Notificación al juzgado informando  
que no se localizo antecedente del  
demandado

C. (Nombre del Juez)  
Número de Juzgado  
Domicilio  
P r e s e n t e .

En atención a su Oficio Núm. \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 19\_\_\_\_, relativo al juicio de  
\_\_\_\_\_ promovido por \_\_\_\_\_, en contra de  
\_\_\_\_\_ cuyos antecedentes obran en el expediente  
\_\_\_\_\_ de ese Juzgado, me permito informar a usted que una vez revisado el archivo que obra  
en esta Subdelegación, no se encontró como pensionista al C.  
\_\_\_\_\_.

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

A T E N T A M E N T E  
EL SUBDELEGADO

(Nombre y Firma)

c.c.p.- Departamento de Pensiones, Seguridad e Higiene., Pte.  
c.c.p.- Expediente.



## 8. TRÁMITE PARA LA PENSIÓN ALIMENTICIA

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3801

c. Oficio de Notificación sobre el cumplimiento de lo dispuesto por orden judicial.



Delegación:  
Subdelegación de Prestaciones

Oficio Núm.:

Fecha:

Asunto: Notificación sobre el cumplimiento  
de lo dispuesto por Orden Judicial.

C. (Nombre del Juez)  
Número de Juzgado  
Domicilio:  
P r e s e n t e .

En atención a su Oficio Núm. \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 19\_\_\_\_, relativo al juicio de \_\_\_\_\_ promovido por \_\_\_\_\_ en contra de \_\_\_\_\_, cuyo antecedente obra en el Expediente \_\_\_\_\_ de ese juzgado, me permito informarle que se ha instrumentado el descuento de \_\_\_\_\_ sobre la prestación económica que el Instituto tiene asignado en favor del demandado, transmitiendo el importe resultante a la acreedora alimentista citada.

Dicho movimiento se llevará a efecto en el próximo mes de \_\_\_\_\_, por lo que la C. \_\_\_\_\_ podrá acudir a \_\_\_\_\_ esta Subdelegación, sita en \_\_\_\_\_, para recoger mensualmente el cheque correspondiente.

A T E N T A M E N T E  
EL SUBDELEGADO

(Nombre y Firma)

c.c.p.- Departamento de Pensiones, Seguridad e Higiene.,Pte.  
c.c.p.- Expediente





## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3802

## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL



**9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3803

**1. OBJETIVO**

OTORGAR LA PRESTACIÓN ECONÓMICA QUE SE CONCEDE AL TRABAJADOR SEPARADO DEL SERVICIO ACTIVO EN UNA SÓLA EXHIBICIÓN, SIEMPRE Y CUANDO NO HUBIESE UN BENEFICIO PENSIONARIO.

**2. POLÍTICAS DE OPERACIÓN**

**EJERCICIO DEL DERECHO**

1. EL EX-TRABAJADOR PODRÁ FORMULAR LA PETICIÓN DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL, EN UN TÉRMINO QUE NO REBASE LOS 5 AÑOS POSTERIORES A LA FECHA EN QUE SE PRODUJO SU RENUNCIA AL PUESTO QUE DESEMPEÑÓ EN LA DEPENDENCIA, ENTIDAD O AGRUPACIÓN INCORPORADA AL RÉGIMEN OBLIGATORIO DE LA LEY DEL ISSSTE.
2. SI DENTRO DE DICHO PLAZO, EL TRABAJADOR FALLECE, SUS FAMILIARES PODRÁN SOLICITAR ESTA PRESTACIÓN ECONÓMICA, AJUSTÁNDOSE AL ORDEN Y CONDICIONES QUE POSTERIORMENTE SE SEÑALAN.

**TRÁMITE DE LA INDEMNIZACIÓN GLOBAL**

3. SE REALIZARÁ EN CUALQUIERA DE LAS DELEGACIONES DEL INSTITUTO SIN QUE EXISTA LIMITACIÓN ALGUNA EN CUANTO A LA ENTIDAD FEDERATIVA EN LA QUE LABORÓ EL EX-TRABAJADOR.
4. EXISTEN DIFERENTES TIPOS DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL:
  - a. A PETICIÓN DEL TRABAJADOR QUE CAUSA BAJA EN EL SERVICIO POR RENUNCIA
  - b. A PETICIÓN DEL TRABAJADOR QUE CAUSA BAJA EN EL SERVICIO POR INVALIDEZ (ENFERMEDAD GENERAL)
  - c. A PETICIÓN DE LOS FAMILIARES DEL EX-TRABAJADOR FALLECIDO
5. PARA DETERMINAR LOS REQUISITOS EN CADA TIPO DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL, ASÍ COMO LA REVISIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA POR EL DERECHOHABIENTE O BENEFICIARIO, SE DEBERÁ CONSULTAR EL ANEXO 1. CATÁLOGO DE DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA TRÁMITES DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL.
6. CUANDO SEA NECESARIO REALIZAR EL TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL A TRAVÉS DE LA OPERACIÓN MANUAL (EXCEPCIONES) DEBERÁ CONSULTARSE COMO REFERENCIA EL ANEXO 2. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL (OPERACIÓN MANUAL).



**9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3804

7. PARA EL MANEJO DE LOS EXPEDIENTES DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL (CONSULTA, PRÉSTAMO, CUSTODIA, TRANSFERENCIA, INVENTARIO Y DISTRIBUCIÓN) DEBERÁ CONSULTARSE LA “GUÍA DE OPERACIÓN DEL ARCHIVO DE EXPEDIENTES PENSIONARIOS”
8. PREVIO AL LLENADO DE LA SOLICITUD Y PARA LA CODIFICACIÓN DE LA HOJA ÚNICA DE SERVICIOS, SE DEBERÁ CONSULTAR EL “COMPENDIO DE CONTROLES Y CATÁLOGOS”.

**REQUERIMIENTOS PARA ACREDITAR EL DERECHO**

9. EL TRABAJADOR RETIRADO, COMPROBARÁ ANTE EL INSTITUTO UN TIEMPO COTIZADO DESDE 1 AÑO HASTA 14 AÑOS 6 MESES.
10. LOS FAMILIARES DERECHOHABIENTES, DEMOSTRARÁN ANTE EL INSTITUTO LOS HECHOS ASENTADOS EN LA POLÍTICA ANTERIOR, ADEMÁS DE PRESENTAR AQUELLOS REQUISITOS DOCUMENTALES QUE CORROBOREN EL VÍNCULO, CONSAGUINIDAD O RELACIÓN QUE MANTUVIERON CON EL DIFUNTO.
11. EL INTERESADO EN LA INDEMNIZACIÓN GLOBAL (EX-TRABAJADOR O FAMILIAR), GESTIONARÁ DIRECTAMENTE ANTE LAS AUTORIDADES CIVILES, JUDICIALES O ADMINISTRATIVAS COMPETENTES LA DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA ACREDITAR SU DERECHO, MISMA QUE DEBERÁ CUMPLIR CON LAS CARACTERÍSTICAS DETERMINANTES QUE GARANTICEN SU FEHACIENCIA (CONSULTAR GUÍAS DE REVISIÓN DE DOCUMENTOS).

**ORDEN PREFERENCIAL PARA GOZAR DE LA INDEMNIZACIÓN GLOBAL**

12. A LA MUERTE DEL TRABAJADOR, SUS FAMILIARES TENDRÁN DERECHO AL DISFRUTE DE LA INDEMNIZACIÓN GLOBAL QUE GENERÓ, EN EL ORDEN Y BAJO LAS CONDICIONES SIGUIENTES:
  - a. VIUDA.- LA ESPOSA SUPÉRSTITE QUE SE ACREDITE COMO TAL ANTE EL INSTITUTO.
  - b. VIUDO.- EL ESPOSO SUPÉRSTITE QUE SE ACREDITE COMO TAL ANTE EL INSTITUTO, DEBIENDO SER MAYOR DE 55 AÑOS DE EDAD. SI FUERA MENOR DE DICHA EDAD, HARÁ EVIDENTE SU INCAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR UN TRABAJO REMUNERADO Y SU DEPENDENCIA ECONÓMICA DE LA FALLECIDA.
  - c. HIJOS MENORES DE 18 AÑOS, ACOMPAÑADOS DE PADRE, MADRE O TUTOR (PROCREADOS DENTRO O FUERA DEL MATRIMONIO).- COMPROBARÁN SU PARENTESCO CON EL(LA) EX-TRABAJADOR(A) FALLECIDO(A).



## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3805

- d. HIJOS MAYORES DE 18 AÑOS Y HASTA LOS 25 (PROCREADOS DENTRO O FUERA DEL MATRIMONIO). DEMOSTRARÁN SU PARENTESCO CON EL(LA) EX-TRABAJADOR(A) FALLECIDO(A) Y QUE SE ENCUENTRAN LIBRES DE MATRIMONIO, QUE CARECEN DE UN TRABAJO REMUNERADO Y, QUE CURSAN ESTUDIOS DE NIVEL MEDIO O SUPERIOR.
- e. HIJOS DE CUALQUIER EDAD, FÍSICA O MENTALMENTE INCAPACITADOS, REPRESENTADOS POR PADRE, MADRE O TUTOR (PROCREADOS DENTRO O FUERA DEL MATRIMONIO).- COMPROBARÁN CON EL(LA) EX-TRABAJADOR(A) FALLECIDO(A) Y ENTREGANDO LA CERTIFICACIÓN DE INHABILITACIÓN FÍSICA O MENTAL EMITIDO POR EL INSTITUTO, SIEMPRE QUE ÉSTA NO SEA PROVOCADA POR EL USO DE DROGAS O ESTUPEFACIENTES, ACTOS INTENCIONADOS O PARTICIPACIÓN EN HECHOS DELICTIVOS.
- f. CONCUBINA.- JUSTIFICARÁ QUE VIVIÓ LIBRE DE MATRIMONIO CON EL EX-TRABAJADOR FALLECIDO, CUANDO MENOS 5 AÑOS ANTERIORES A LA FECHA DE SU MUERTE (EXCEPTO CUANDO HAYAN TENIDO HIJOS).
- g. CONCUBINARIO.- JUSTIFICARÁ QUE VIVIÓ LIBRE DE MATRIMONIO CON LA EX-TRABAJADORA, CUANDO MENOS 5 AÑOS ANTERIORES A LA FECHA DE SU MUERTE (EXCEPTO CUANDO HAYAN TENIDO HIJOS) Y, QUE ES MAYOR DE 55 AÑOS DE EDAD. SI FUERA MENOR DE DICHA EDAD, DEMOSTRARÁ SU INCAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR UN TRABAJO REMUNERADO, ASÍ COMO HABER DEPENDIDO ECONÓMICAMENTE DE LA DIFUNTA.
- h. ASCENDIENTES.- EL PADRE, LA MADRE U OTROS ASCENDIENTES DIRECTOS DEL(LA) EX-TRABAJADOR(A) FALLECIDO(A), CONFIRMARÁN EL PARENTESCO Y LA DEPENDENCIA ECONÓMICA.
- i. HIJOS ADOPTIVOS SOLOS O ACOMPAÑADOS DEL PADRE, MADRE O TUTOR (ADOPTADOS POR EL(LA) EX-TRABAJADOR(A) FALLECIDO(A) ANTES DE HABER CUMPLIDO LOS 55 AÑOS DE EDAD).- CONSTATARÁN EL ACTO JURÍDICO DE ADOPCIÓN Y LA FECHA EN QUE SE REALIZÓ, SUJETÁNDOSE A LOS MISMOS TÉRMINOS MANEJADOS PARA LOS HIJOS DENTRO O FUERA DEL MATRIMONIO.

#### CASOS DE IMPROCEDENCIA DEL TRÁMITE

- 13. SERÁ IMPROCEDENTE EL TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL, CUANDO EL EX-TRABAJADOR NO HAYA LOGRADO ACUMULAR COMO MÍNIMO UN AÑO DE COTIZACIÓN AL INSTITUTO.
- 14. SI EL TRABAJADOR SEPARADO DEL SERVICIO DESPUÉS DEL DÍA 1º DE ENERO DE 1984 REÚNE 9 AÑOS, 6 MESES, 1 DÍA COMO TIEMPO EFECTIVAMENTE COTIZADO Y CUMPLIÓ 60 Ó MÁS AÑOS DE EDAD EN ACTIVO, NO SE LE CONCEDERÁ LA INDEMNIZACIÓN GLOBAL, YA QUE LE CORRESPONDE UNA PENSIÓN POR CESANTÍA EN EDAD AVANZADA.



**9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3806

15. SI SE PRESENTASEN DOS O MÁS CÓNYUGES SUPÉRSTITES, A RECLAMAR POR IGUAL SU DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN GLOBAL GENERADA POR EL DIFUNTO, A NINGUNA SE CONCEDERÁ HASTA QUE POR LA VÍA JUDICIAL SE DEFINA ESA SITUACIÓN.
16. CUANDO SE PRESENTEN DOS O MÁS CONCUBINAS A RECLAMAR LA INDEMNIZACIÓN GLOBAL, A NINGUNA SE OTORGARÁ, SIN QUE ESTE HECHO SEA INCONVENIENTE PARA CONCEDERLA A LOS HIJOS SI LOS HUBIERE.
17. SI NO EXISTEN OTROS FAMILIARES DEL DIFUNTO CON DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN GLOBAL, EL MONTO DE ÉSTA PASARÁ A FORMAR PARTE DEL PATRIMONIO DEL INSTITUTO.
18. NO SE DARÁ CAUSE AL TRÁMITE DE UNA INDEMNIZACIÓN GLOBAL, CUANDO EL TRABAJADOR TENGA DOS O MÁS EMPLEOS REMUNERADOS EN DEPENDENCIAS, ENTIDADES O AGRUPACIONES SUJETAS AL RÉGIMEN OBLIGATORIO DE LA LEY DEL ISSSTE, HAYA CAUSADO BAJA EN UNO DE ELLOS Y CONTINÚE COTIZANDO EN EL(LOS) OTRO(S)
19. SI EL TRABAJADOR RETIRADO QUE FALLECE, TENÍA DOS O MÁS EMPLEOS REMUNERADOS, SUS FAMILIARES DERECHOHABIENTES NO PODRÁN SOLICITAR LA INDEMNIZACIÓN POR UNO DE ELLOS Y LA CONCESIÓN DE UNA PENSIÓN POR EL(LOS) OTRO(S), YA QUE ÚNICAMENTE HABRÁ LA POSIBILIDAD DE DISFRUTAR UNA DE ESTAS PRESTACIONES.

**CONCESIÓN DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL**

20. LA CONCESIÓN DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL, DEBERÁ SER CONVENIDA EN FAVOR DEL EX-TRABAJADOR O DE ALGUNO DE SUS FAMILIARES DERECHOHABIENTES, EN UN PLAZO DE 15 DÍAS NATURALES, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE EL INSTITUTO RECIBA LA SOLICITUD RESPECTIVA.
21. EL OTORGAMIENTO DE LA INDEMNIZACIÓN GLOBAL, TENDRÁ QUE NOTIFICARSE AL INTERESADO DENTRO DE LOS 30 DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE FUE CONVENIDA LA CONCESIÓN.
22. SI TRANSCURRIDOS LOS PLAZOS ANTERIORES, NO SE HA GENERADO LA CONCESIÓN DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL Y POR ENDE, LA NOTIFICACIÓN AL INTERESADO, POR CAUSAS IMPUTABLES AL INSTITUTO, SE DISPONDRÁ ADICIONALMENTE DE 45 DÍAS NATURALES PARA RESOLVER LO CONDUCENTE, DEBIENDO QUEDAR JUSTIFICADA ESTA SITUACIÓN EN LOS REGISTROS ESPECÍFICOS DEL TRÁMITE.



**9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3807

23. CUANDO EL EX-TRABAJADOR O EL FAMILIAR SE SIENTA AFECTADO POR LA RESOLUCIÓN DEL INSTITUTO, CONTARÁ CON 120 DÍAS POSTERIORES A LA FECHA EN QUE RECIBA LA CONCESIÓN DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL, PARA INTERPONER SU INCONFORMIDAD.
24. INICIANDO EL DÍA EN QUE INGRESE LA INCONFORMIDAD, EL INSTITUTO DISPONDRÁ DE 30 DÍAS NATURALES PARA RATIFICAR O REVOCAR SU RESOLUCIÓN.
25. EN VIRTUD DE QUE LA INDEMNIZACIÓN GLOBAL SE CONCRETA CON LA REALIZACIÓN DE UN PAGO ÚNICO, SÓLO PROCEDERÁ LA CANCELACIÓN DE LA CONCESIÓN SI ANTICIPADAMENTE AL COBRO POR PARTE DEL INTERESADO, SUCEDIERA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES EVENTOS:
- a. CUANDO SE DETECTE QUE EL EX-TRABAJADOR CONTINÚA COTIZANDO EN UNA DEPENDENCIA, ENTIDAD O AGRUPACIÓN INCORPORADA AL RÉGIMEN OBLIGATORIO DE LA LEY.
  - b. CUANDO SE PRESENTE OTRA ESPOSA SUPÉRSTITE A RECLAMAR EL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN GLOBAL. EN ESTE CASO SE RESERVARÁ EL BENEFICIO.
  - c. CUANDO SE PRESENTE OTRA CONCUBINA A RECLAMAR EL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN GLOBAL. EN ESTE CASO SE NEGARÁ PARA AMBAS EL BENEFICIO.
  - d. CUANDO SE PRESENTE OTRO HIJO CON IGUAL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN GLOBAL. EN ESTE CASO SE FRACCIONARÁ EN PARTES EQUITATIVAS EL BENEFICIO.
  - e. CUANDO EL INTERESADO (EX-TRABAJADOR O FAMILIAR) FALLEZCA DURANTE EL TRÁMITE DE LA INDEMNIZACIÓN GLOBAL. EN ESTE CASO SE TRANSFERIRÁ EL BENEFICIO A OTRO FAMILIAR Y SI YA NO EXISTIERE POSIBILIDAD DE TRANSMISIÓN, SU IMPORTE PASARÁ A FORMAR PARTE DEL PATRIMONIO DEL INSTITUTO.
26. CORRESPONDE EXCLUSIVAMENTE AL DELEGADO ESTATAL O DEL DISTRITO FEDERAL Y AL RESPECTIVO SUBDELEGADO DE PRESTACIONES, LA FACULTAD DE AUTORIZAR LA CONCESIÓN EMITIDA POR ESTE CONCEPTO.
27. LA UNIDAD DE AUDITORÍA INTERNA UBICADA EN CADA DELEGACIÓN DEL INSTITUTO, TENDRÁ LA RESPONSABILIDAD DE VERIFICAR QUE EL PROCESO OPERATIVO Y LA DOCUMENTACIÓN PRODUCIDA PARA EL DESAHOGO DE ESTE TIPO DE PRESTACIÓN ECONÓMICA, SE AJUSTEN A LO DISPUESTO EN EL PRESENTE INSTRUCTIVO.



**9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3808

**MONTO DE LA INDEMNIZACIÓN GLOBAL**

**28. EL INTERESADO EN LA INDEMNIZACIÓN GLOBAL, RECIBIRÁ:**

- a. HASTA EL DÍA 4 DE ENERO DE 1993 EL 5.50% Y, A PARTIR DEL DÍA 5 DE ENERO DE ESE MISMO AÑO, 5.25% DE LOS SUELDOS BÁSICOS SOBRE LOS QUE COTIZÓ EL EX-TRABAJADOR DURANTE SU PERMANENCIA EN EL SERVICIO ACTIVO, SI SE MANTUVO INCORPORADO AL RÉGIMEN OBLIGATORIO DE LA LEY DEL ISSSTE, POR UN PERÍODO MAYOR DE 1 AÑO Y HASTA 4 AÑOS, 11 MESES, 29 DÍAS.
- b. HASTA EL DÍA 4 DE ENERO DE 1993 EL 5.50% Y, A PARTIR DEL DÍA 5 DE ENERO DE ESE MISMO AÑO, EL 5.25% DE LOS SUELDOS BÁSICOS SOBRE LOS QUE COTIZÓ EL EX-TRABAJADOR DURANTE SU PERMANENCIA EN EL SERVICIO ACTIVO MÁS EL IMPORTE DE 45 DÍAS DE SU ÚLTIMA REMUNERACIÓN MENSUAL (EXCLUSIVAMENTE POR EL MONTO AL QUE SE APLICÓ EL DESCUENTO DE LA CUOTA), SI SE MANTUVO INCORPORADO AL RÉGIMEN OBLIGATORIO DE LA LEY DEL ISSSTE, POR UN PERÍODO MAYOR DE 5 AÑOS Y HASTA 9 AÑOS, 11 MESES, 29 DÍAS.
- c. HASTA EL DÍA 4 DE ENERO DE 1993 EL 5.50% Y, A PARTIR DEL DÍA 5 DE ENERO DE ESE MISMO AÑO, EL 5.25% DE LOS SUELDOS BÁSICOS SOBRE LOS QUE COTIZÓ EL EX-TRABAJADOR DURANTE SU PERMANENCIA EN EL SERVICIO ACTIVO, MÁS EL IMPORTE DE 90 DÍAS DE SU ÚLTIMA REMUNERACIÓN MENSUAL (EXCLUSIVAMENTE POR EL MONTO AL QUE SE APLICÓ EL DESCUENTO DE LA CUOTA), SI SE MANTUVO INCORPORADO AL RÉGIMEN OBLIGATORIO DE LA LEY DEL ISSSTE, POR UN PERÍODO MAYOR DE 10 AÑOS EN ADELANTE.

**COMPATIBILIDAD**

- 29. LA INDEMNIZACIÓN GLOBAL ES COMPATIBLE CON EL DISFRUTE DE UNA PENSIÓN POR RIESGO DE TRABAJO.**

**SOBRE EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN GLOBAL**

- 30. SE HARÁ MEDIANTE LA EXPEDICIÓN DE UN CHEQUE A NOMBRE DEL SOLICITANTE, QUE LE SERÁ ENTREGADO PERSONALMENTE EN LA DELEGACIÓN EN LA QUE SE ORIGINÓ EL TRÁMITE.**

**CANCELACIÓN DEL CHEQUE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL**

- 31. SI DESPUÉS DE INSTRUMENTADO EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN GLOBAL, EL INTERESADO NO REALIZA EL COBRO DEL CHEQUE EXPEDIDO A SU FAVOR, LA**



## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3809

CAJA MANTENDRÁ ESTE DOCUMENTO BAJO RESGUARDO POR UN LAPSO DE 3 MESES, PROCEDIENDO POSTERIORMENTE A CANCELARLO.

32. DE PRESENTARSE DICHO INTERESADO A EXIGIR SU CHEQUE CUANDO ÉSTE YA HUBIERE SIDO CANCELADO, TENDRÁ QUE REALIZARSE NUEVAMENTE EL TRÁMITE CONFORME A LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE CITAN EN EL INSTRUCTIVO CORRESPONDIENTE.

#### PRESCRIPCIÓN EN EL COBRO DE LA INDEMNIZACIÓN GLOBAL

33. EL CRITERIO PARA RECLAMAR EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN GLOBAL, SERÁ EN UN TÉRMINO QUE REBASE LOS 5 AÑOS POSTERIORES A LA FECHA EN QUE SE PRODUJO LA BAJA DEL TRABAJADOR EN EL SERVICIO ACTIVO, POR RENUNCIA VOLUNTARIA, INVALIDEZ (ENFERMEDAD GENERAL) O FALLECIMIENTO.

#### NOTA:

EL FALLECIMIENTO DEL TRABAJADOR ES CONSIDERADO ÚNICO MOTIVO PARA QUE LA BAJA SEA DETERMINADA COMO DEFINITIVA, PUESTO QUE SI SE ENCUENTRA CON VIDA Y EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES, SERÁ POSIBLE SU REINGRESO AL SERVICIO ACTIVO. ASÍ, LA PRESCRIPCIÓN SE INTERRUMPIRÁ AL PROPICIARSE LA CONTRATACIÓN DEL RETIRADO EN EL FUTURO, PERO SÓLO CUANDO LA DEPENDENCIA, ENTIDAD O AGRUPACIÓN DE ADSCRIPCIÓN ESTE INCORPORADA AL RÉGIMEN OBLIGATORIO DE LA LEY.

#### CONSIDERACIONES ESPECIALES

34. QUEDARÁ SUJETO A SU AUTORIZACIÓN POR PARTE DE OFICINAS CENTRALES, EL TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL CUANDO EL EX-TRABAJADOR HUBIERE SUMADO COMO MÍNIMO 14 AÑOS, 6 MESES, 1 DÍA DE COTIZACIÓN AL INSTITUTO Y NO CUENTE CON 55 AÑOS DE EDAD, PREVIA CONSULTA CON LA SUBDIRECCIÓN GENERAL JURÍDICA.
35. CUANDO UN PENSIONISTA DIRECTO REANUDE EL COBRO DE SU PENSIÓN MENSUAL, DESPUÉS DE HABER DESEMPEÑADO UN CARGO, EMPLEO O COMISIÓN REMUNERADA QUE IMPLICÓ SU NUEVA INCORPORACIÓN AL RÉGIMEN OBLIGATORIO DE LA LEY TENDRÁ DERECHO A EXIGIR LA RECUPERACIÓN (SIN IMPORTAR EL TIEMPO) DE LAS CUOTAS QUE APORTÓ AL INSTITUTO CON POSTERIORIDAD A LA FECHA EN QUE LE FUE OTORGADO EL BENEFICIO.
36. ESTE CASO NO PODRÁ SER TIPIFICADO COMO INDEMNIZACIÓN GLOBAL, YA QUE SE OMITIRÁ LA APLICACIÓN DE LO DISPUESTO EN LAS FRACCIONES I A III DEL ARTÍCULO 87, SUJETÁNDOSE LA DEVOLUCIÓN EXCLUSIVAMENTE A LO ENUNCIADO EN LAS FRACCIONES II A LA V DEL ARTÍCULO 16 DE LA LEY DEL ISSSTE.





## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3810

### 3. DESARROLLO

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
1	DERECHOHABIENTE O BENEFICIARIO	Inicia el procedimiento.  Acude al Área de Atención al Público de la Delegación del Instituto que le corresponda y entrega documentos de acuerdo al tipo de la Indemnización Global que desea tramitar.
2	DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE (ÁREA DE ATENCIÓN AL PÚBLICO)	Recibe la documentación y verifica el tiempo de cotización para la indemnización global:  ¿Cuál es el tiempo de cotización?
2.1		Es menor a 1 año: Devuelve la documentación e informa al derechohabiente sobre la improcedencia del trámite. Regresa a actividad 1.
2.2		
2.3		El tiempo de cotización y/o la edad del extrabajador hacen factible el otorgamiento de una pensión: Devuelve la documentación y lo orienta para que realice el trámite de pensión. Se enlaza con el procedimiento 1 "Trámite de Pensión". Desde 1 año: Consulta el Catálogo de Trabajadores Indemnizados (TRSIG) para comprobar que no existan antecedentes de trámite similar. ¿Existen antecedentes?
2.3.1		SI. La indemnización global se realizará por el periodo cotizado posterior al pagado en el primer trámite, por lo que consulta el Expediente del extrabajador. Continúa en la actividad 3.
2.3.2		NO. La indemnización global se realizará por el total del tiempo cotizado que amparen las Hojas Únicas de Servicios, se abre un nuevo expediente. Continúa en la actividad 3.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



**9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3811

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
3	ATENCIÓN AL PÚBLICO	Requisita formato de Solicitud (M-51), con apoyo en los datos que verbalmente le proporciona el derechohabiente.
4		Pide al derechohabiente que verifique los datos asentados en la Solicitud y la firme si son correctos.
5		Confronta la firma de la Solicitud con la que aparece en la identificación personal.  ¿Las firmas son iguales?
5.1		NO. Devuelve la documentación. Regresa a actividad 1.
5.2		SI. Regresa la identificación personal al derechohabiente.
6		Asigna a la Solicitud el número de control respectivo de acuerdo al Compendio de Controles y Catálogos.
7		Desprende el talón de solicitud y lo entrega al derechohabiente, en el cual se le informa la fecha para presentarse.
8	DERECHOHABIENTE O BENEFICIARIO	Recibe talón y espera hasta la fecha señalada para acudir y recibir resultados del trámite.
9	ATENCIÓN AL PÚBLICO	Codifica campos contenidos en la Solicitud y elabora Tarjeta de Seguimiento para el trámite, asentando los datos para su posterior localización y actualización (ver Compendio de Controles y Catálogos).
10		Integra al Expediente del derechohabiente los documentos y la Solicitud (Consultar la "Guía para la Operación del Archivo de Expedientes Pensionarios").
11		Acumula Expedientes de Indemnización Global integrados durante el día y fórmula Relación de los mismos en original y copia.
12		Envía al Área de Asignación de Derechos, original de la Relación con los Expedientes anexos, recaba acuse en copia y la archiva.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



**9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	3812

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
13	DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE (ÁREA DE ASIGNACIÓN DE DERECHOS)	Recibe original de la Relación con los expedientes anexos, revisa, firma acuse y archiva.
14		Analiza cada documento del Expediente de acuerdo a lo establecido en la Ley del ISSSTE para la Indemnización Global.  ¿Cumple con los requisitos señalados en la Ley?
14.1	ASIGNACIÓN DE DERECHOS	SI. Revisa la codificación realizada a la Solicitud por el Área de Atención al Público. Continúa en actividad 25.
14.2		NO. Formula en original y copia el "Oficio de Improcedencia del Trámite", y lo envía junto con el Expediente al Área de Atención al Público.
15	ATENCIÓN AL PÚBLICO	Recibe original y copia del "Oficio de Improcedencia", así como el Expediente del derechohabiente.
16		Actualiza la Tarjeta de Seguimiento, y da por concluido el trámite.
17		Envía "Oficio de Improcedencia" al derechohabiente, requiriendo su presencia en el Área de Atención al Público.
18	DERECHOHABIENTE O BENEFICIARIO	Recibe "Oficio de Improcedencia" y acude al Área de Atención al Público, entregando talón de la Solicitud (M-51).
19	ATENCIÓN AL PÚBLICO	Recibe talón, localiza expediente respectivo y devuelve la documentación al derechohabiente, adjuntando el original del "Oficio de Improcedencia del Trámite" y recaba acuse de recibo en la copia.
20	DERECHOHABIENTE O BENEFICIARIO	Recibe documentación y el original del "Oficio de Improcedencia del Trámite", firma acuse.
21	ATENCIÓN AL PÚBLICO	Invalida la "Solicitud de Indemnización Global (M-51)", anotando en el cuerpo la leyenda "CANCELADO" y anula el número de control que tenía asignado.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE		TIPO B
--	--	--------



**9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3813

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
22		Integra la Solicitud y copia del "Oficio de Improcedencia del Trámite" al Expediente del derechohabiente, envía al archivo.
23	DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE (ARCHIVO)	Recibe Expediente y archiva permanentemente.
24	ATENCIÓN AL PÚBLICO	Formula Reporte de Números de Control (M-01) y envía al Área de Control de Pagos y Presupuesto de la Subdirección de Pensiones. (Ver Compendio de Controles y Catálogos).
25	SUBDIRECCIÓN DE PENSIONES (ÁREA DE CONTROL DE PAGOS Y PRESUPUESTO)	Recibe Reporte (M-01) de números de control anulados, da seguimiento.
26	ASIGNACIÓN DE DERECHOS	Anota en las Hojas Únicas de Servicios los códigos que aseguren la introducción de datos confiables al Subsistema de Asignación de Derechos.
27		Realiza captura de datos en el sistema con base a la Solicitud y la Hoja Única de Servicios.
28		Libera el proceso de asignación del derecho y obtiene: <ul style="list-style-type: none"><li>- Original del Análisis Laboral,</li><li>- Original y dos copias de la Concesión de Indemnización Global, precisando el monto que se deberá pagar o recuperar el derechohabiente.</li></ul>
29		Analiza saldo resultante.  ¿El saldo es a favor del derechohabiente?
29.1		NO. Elabora en original y cuatro copias el "Oficio de Notificación sobre Adeudo Pendiente a Liquidar" para requerir pago del adeudo. Continúa en actividad 31.
29.2		SI. Elabora la Cuenta por Pagar y envía original al Departamento de Finanzas, recaba acuse de recibo en copia y la archiva.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



**9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3814

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
30	DEPARTAMENTO DE FINANZAS	Recibe original de la Cuenta por Pagar para expedir el pago al derechohabiente.
31	ASIGNACIÓN DE DERECHOS	Integra al Expediente: <ul style="list-style-type: none"><li>- Original del Análisis Laboral,</li><li>- Original y dos copias de la Concesión de Indemnización Global,</li><li>- Original y cuatro copias del "Oficio de Notificación sobre Adeudo Pendiente a Liquidar" o en su caso, copia de la Cuenta por Pagar.</li></ul>
32		Envía Expediente al Área de Atención al Público.
33	ATENCIÓN AL PÚBLICO	Recibe el Expediente debidamente integrado y verifica que se encuentre completa la documentación contenida.
34		Verifica si en el Expediente existe "Oficio de Notificación sobre Adeudo Pendiente a Liquidar".
		¿Existe Oficio de Notificación sobre Adeudo del derechohabiente?
34.1		NO. Captura en sistema los datos de identificación, así como el importe de la Indemnización Global. Continúa en actividad 36.
34.2		SI. Entrega copias a áreas delegacionales, del "Oficio de Notificación sobre Adeudo Pendiente a Liquidar", recaba acuses y archiva: <ul style="list-style-type: none"><li>1ª. Copia.- Departamento de Crédito</li><li>2ª. Copia.- Área Jurídica</li><li>3ª. Copia.- Área Auditoría Operacional</li></ul>
35	ÁREAS DELEGACIONALES (DEPARTAMENTO DE CRÉDITO, ÁREA JURÍDICA Y ÁREA DE AUDITORÍA OPERACIONAL)	Reciben copia del "Oficio de Notificación sobre Adeudo Pendiente a Liquidar", revisan, firman acuses y archivan.
36	DERECHOHABIENTE O BENEFICIARIO	Acude al Área de Atención al Público de la Delegación del Instituto que le corresponda y entrega Talón de Solicitud.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



**9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3815

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
37	ATENCIÓN AL PÚBLICO	Recibe Talón de la Solicitud y localiza el Expediente del derechohabiente (Consultar la "Guía de Operación del Archivo de Expedientes Pensionarios").
38		Extrae del Expediente: <ul style="list-style-type: none"><li>- Original y dos copias de la Concesión de Indemnización Global,</li><li>- Original y 4ª. copia del "Oficio de Notificación sobre Adeudo Pendiente a Liquidar", o en su caso, copia de la Cuenta por Pagar.</li></ul>
39		Entrega al derechohabiente: <ul style="list-style-type: none"><li>- Original y 1ª. copia de la Concesión de Indemnización Global,</li><li>- Original del "Oficio de Notificación sobre Adeudo Pendiente a Liquidar", o en su caso, copia de la Cuenta por Pagar, recaba acuses de recibo y archiva.</li></ul>
40	DERECHOHABIENTE O BENEFICIARIO	Recibe documentación y firma acuse.
41		Acude al Departamento de Finanzas y realiza el cobro o el pago correspondiente de la Indemnización Global.
42	ATENCIÓN AL PÚBLICO	Anexa al Expediente los acuses de recibo y lo revisa integralmente para ordenar la documentación de acuerdo a la "Guía de Operación de Expedientes Pensionarios".
43		Archiva temporalmente el Expediente durante 120 días (tiempo que dispone el derechohabiente para interponer ante el Instituto cualquier reclamación).  Termina el procedimiento.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

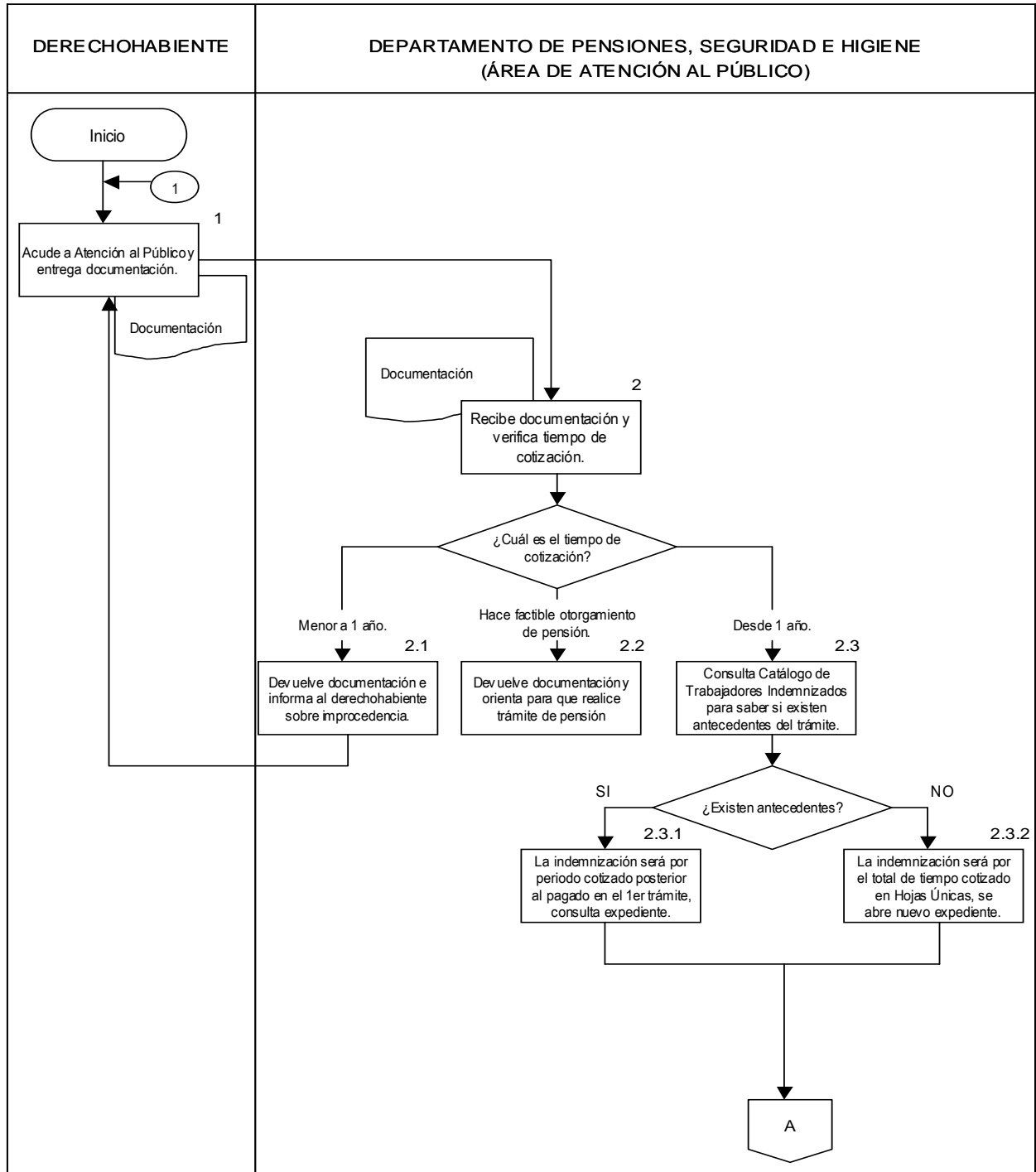
Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3816

### 4. DIAGRAMA DE FLUJO



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

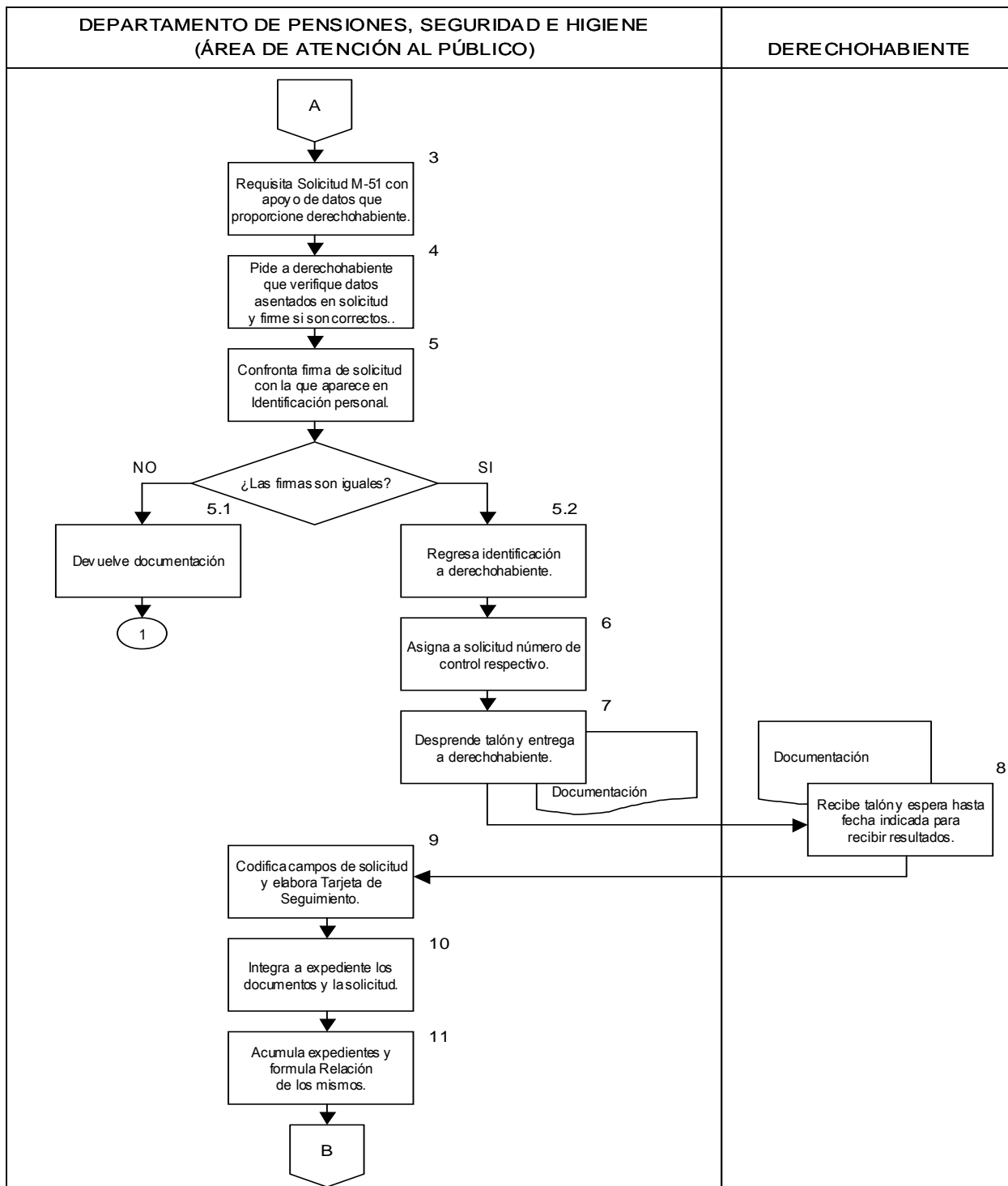
Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3817



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B





## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

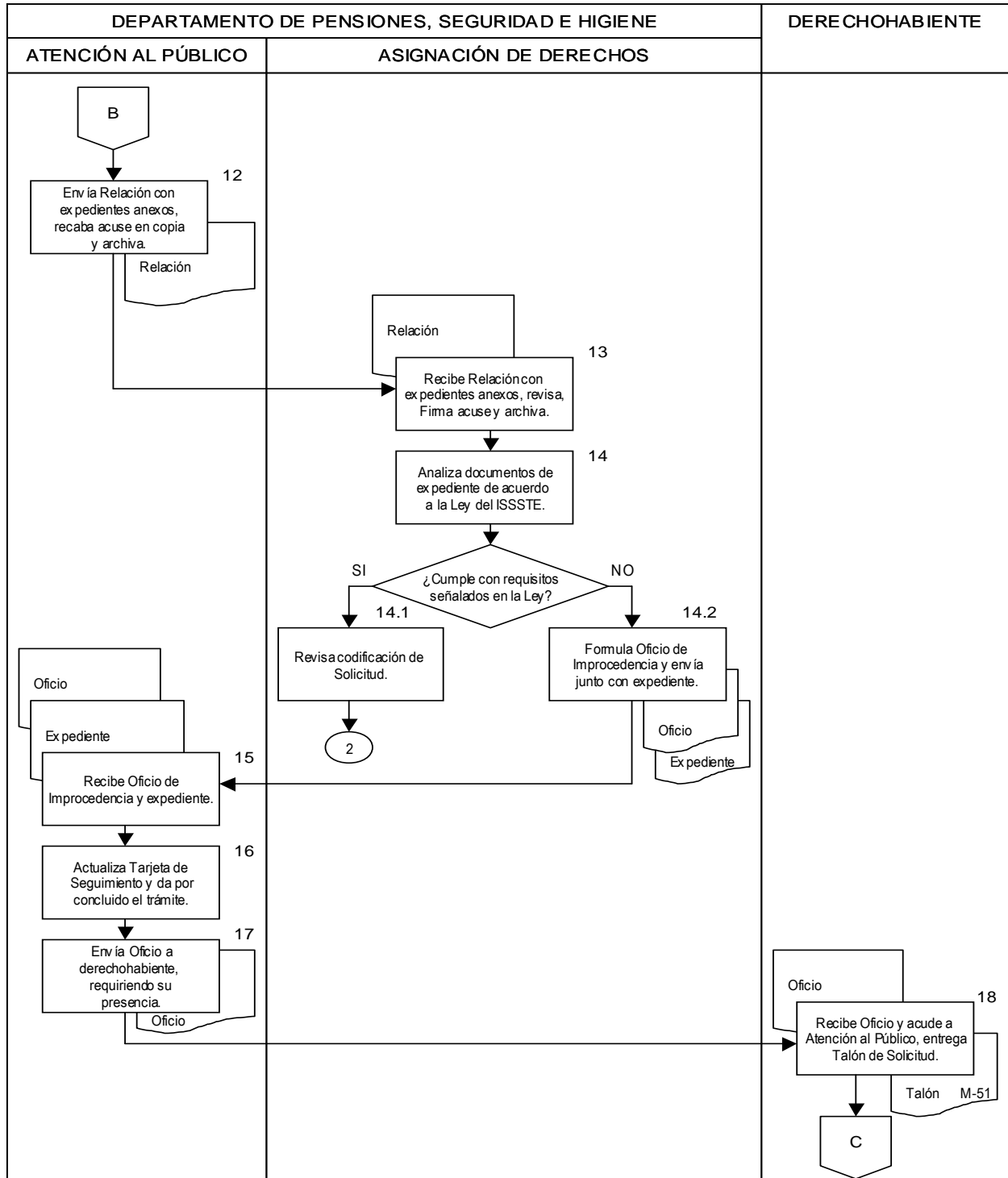
Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3818



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

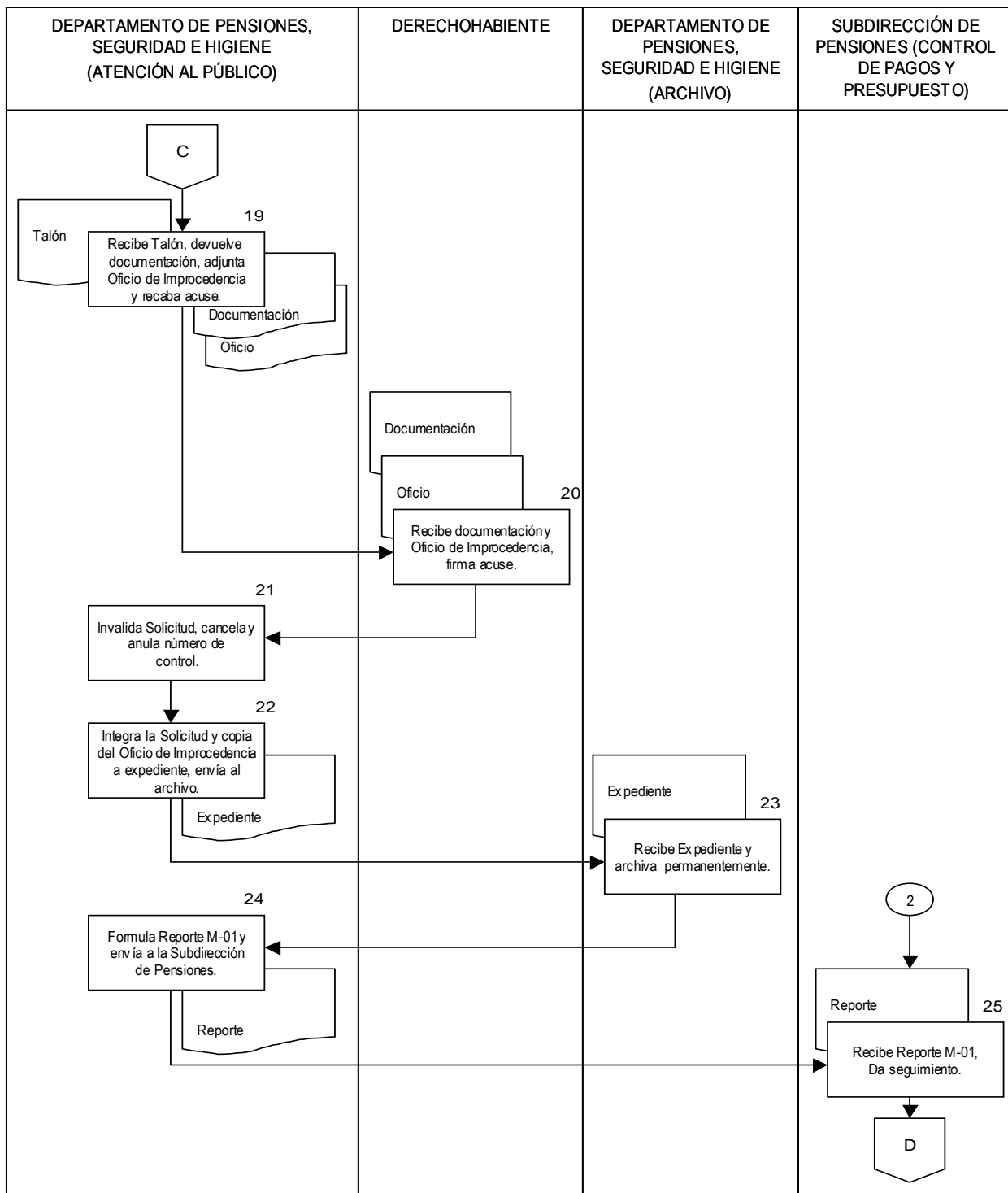
Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3819



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

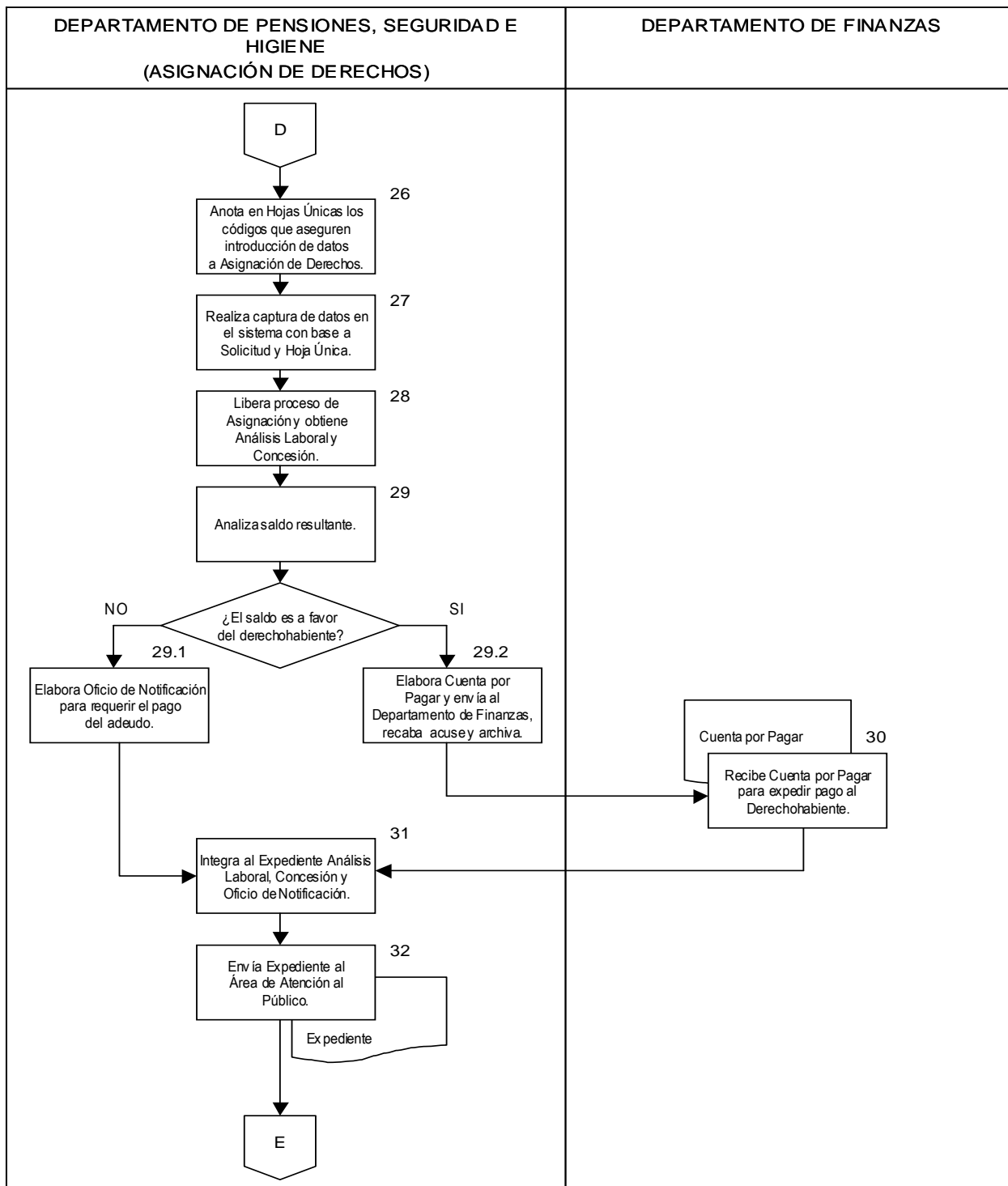
Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3820



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

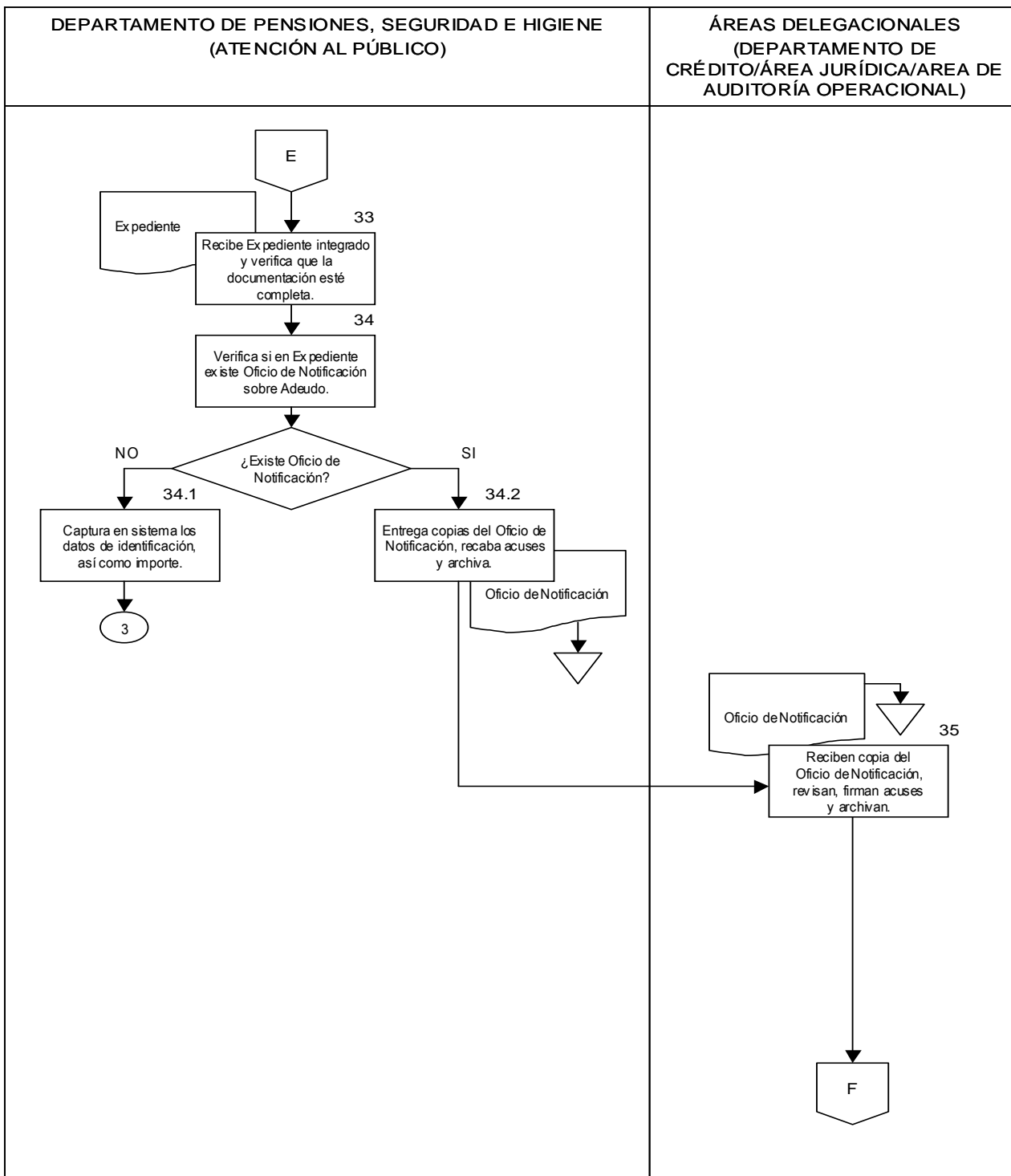
Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3821



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

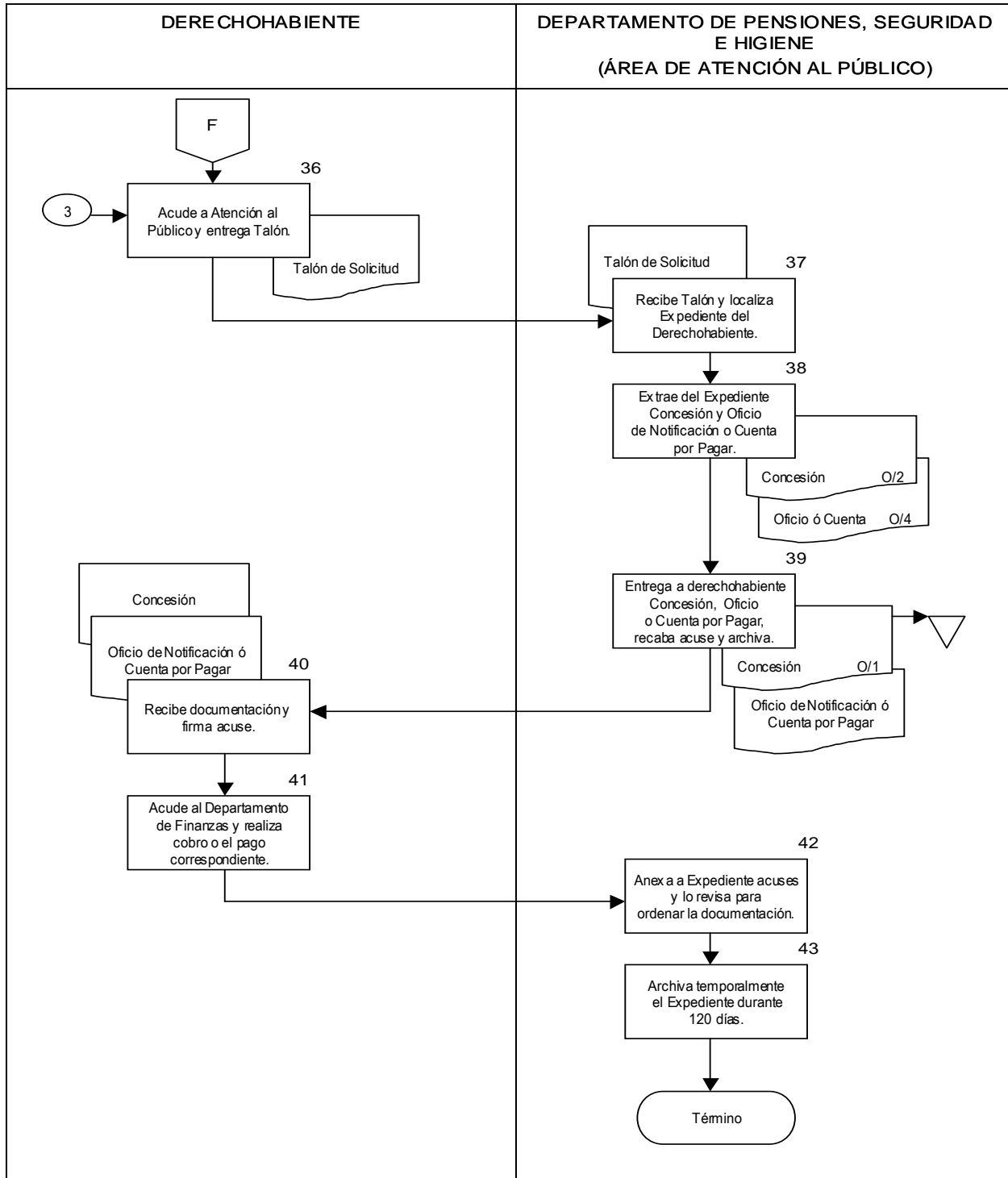
Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3822



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3823

### 5. REGISTROS

Nombre del Registro	Almacenamiento	Ordenado por	Tiempo de Retención	Protección	Disposición

6. REFERENCIAS	<ol style="list-style-type: none"><li>1. ANEXO 1. Catálogo de Documentos Requeridos para Trámites de Indemnización Global.</li><li>2. ANEXO 2. Trámite de Indemnización Global (Operación Manual).</li><li>3. Guía para la Operación del Archivo de Expedientes Pensionarios.</li><li>4. Compendio de Controles y Catálogos.</li><li>5. Catálogo de Trabajadores Indemnizados (TRSIG)</li></ol>
7. TÉRMINOS Y DEFINICIONES	
8. ANEXOS	<ol style="list-style-type: none"><li>a. Solicitud de Indemnización Global (M-51)</li><li>b. Hoja Única de Servicios</li><li>c. Análisis Laboral.</li><li>d. Concesión de Indemnización Global.</li><li>e. Oficio de Improcedencia del Trámite.</li><li>f. Oficio de Notificación sobre Adeudo Pendiente a Liquidar.</li></ol> <ul style="list-style-type: none"><li>- ANEXO 1. Catálogo de Documentos Requeridos para Trámites de Indemnización Global.</li><li>- ANEXO 2. Trámite de Indemnización Global (Operación Manual).</li></ul>

### 9. RESUMEN DE CAMBIOS

Página	Punto ó Sección del Documento	Resumen y Motivo del Cambio
	Todo el documento	Simplificación, se dio orden a las actividades, se aclaró redacción.

Nombre Elaboró	Nombre Revisó	Nombre Aprobó
-------------------	------------------	------------------



**9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN  
GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3824

## **8. ANEXOS**



## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3825

### a. Solicitud de Indemnización Global (M-51)



Instituto de Seguridad  
y Servicios Sociales  
de los Trabajadores  
del Estado

### Solicitud de Indemnización Global Movimiento 51

Subdirección General de Prestaciones Económicas  
Subdirección de Pensiones

Datos del Interesado		PARA USO EXCLUSIVO DEL INSTITUTO	
Apellido Paterno	1	No. de Control	7
Apellido Materno		R.F.C.	8
Nombre(s)		Homónimo	9
Domicilio		Tipo	10
Calle	2		
Colonia			
Población o Ciudad			
Estado			
Indemnización Global que Solicita			
3	131 A Petición del Trabajador por Renuncia		
	134 A Petición del Trabajador por invalidez ( Enfermedad General )		
	137 A Petición de los Deudos por Fallecimiento del Trabajador		
Datos del Solicitante			
(Sólo en caso de fallecimiento del Trabajador)			
Apellido Paterno	4		
Apellido Materno			
Nombre(s)			
Parentesco:	5		
Protesto lo necesario			
	6		
	Firma		
Lugar del Trámite			
Delegación	12		
Documentos			
Adeudos con el I.S.S.S.T.E.			
Codificó			
16	Nombre		
	Firma		
Comprobante (Para el Interesado)			
Nombre:			
R.F.C.			
Favor de presentarse el día			
de			
de 19			
Tipo			
20			
21			
22			





## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3826

Cédula de Registro				
		23	24	25
Código	Documentos	No. de Ejemplares	No. de Hojas	Revisado
11	Hoja Unica de Servicios			Si
12	Copia certificada del Acta de Nacimiento del Trabajador			Si
14	Copia certificada del Acta de Defunción del Trabajador			Si
15	Copia certificada del Acta de Matrimonio			Si
16	Información Testimonial para Acreditar Concubinato			Si
17	Copia certificada del Acta Nacimiento o de Adopción de los Hijos			Si
18	Copia certificada del Acta de Nacimiento del Viudo o Concubinario			Si
19	Dictamen Médico de incapacidad para trabajar del Viudo o Concubinario			Si
20	Dictamen Médico de incapacidad para trabajar de los Hijos			Si
21	Declaración de Soltería y Carencia de trabajo remunerado			Si
22	Constancia de Estudios de Educación Media Superior			Si
23	Nombramiento de Tutor, Albacea o Herederos			Si
24	Información Testimonial para Acreditar Dependencia Económica			Si
28	Constancia de Cancelación de Adeudo ( Créditos I.S.S.S.T.E. )			Si
29	Informe del Estado de Cuenta ( Créditos I.S.S.S.T.E. )			Si

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



**9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN  
GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3827

Instructivo de formato: Solicitud de Indemnización Global

**Clave del formato:**  
(M-51)

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
<b>A N V E R S O</b>		
1	Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)	El nombre completo del trabajador que generó el derecho a la indemnización global por baja en el servicio activo.
2	Domicilio Calle N° Ext N° Int. Colonia Código Postal Población o Ciudad Estado	La ubicación física y geográfica de la casa que habita el solicitante de la indemnización global, considerada legalmente como su lugar de residencia.
3	Indemnización Global que Solicita	Cruzar con una equis (x) el tipo de indemnización global que solicita (de acuerdo con la causa que propició la baja en el servicio activo)
	Datos del Solicitante (Sólo en caso de fallecimiento del Trabajador)	
4	Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)	El nombre completo del familiar del trabajador fallecido que haga valer su derecho a solicitar la indemnización global.
5	Parentesco	El vínculo familiar que existía entre el solicitante de la indemnización global y el trabajador fallecido.
6	Protesto lo necesario Firma	La rúbrica del trabajador o del familiar, autenticando los datos anteriores.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	3828

Instructivo de formato: Solicitud de Indemnización Global	Clave del formato: (M-51)
---	------------------------------

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
	PARA USO EXCLUSIVO DEL INSTITUTO.	
7	Nº de Control	Folio consecutivo compuesto de cinco dígitos (consultar Compendio de Controles y Catálogos).
8	R.F.C.	El Registro Federal de Contribuyente que corresponde al trabajador, de acuerdo con las reglas establecidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (éste registro deberá coincidir con el que aparezca en las Hojas Únicas de Servicios presentadas por el solicitante).
9	Homónimo	Código que será estructurado directamente por el sistema computarizado, cuando se identifiquen dos o más registros iguales.
10	Tipo	La clave respectiva, con base en la indemnización global solicitada por el trabajador o sus familiares.
11	Fecha de Solicitud	El año, mes y día en que se formula la solicitud, utilizando dos dígitos para cada concepto.
12	Lugar de Trámite Delegación:	El nombre de la Entidad Federativa en la que se encuentra instalada la Delegación del Instituto
13	Entidad de Trámite	La clave que identifica la Entidad Federativa en donde se produce el ingreso de la solicitud al Instituto (consultar Catálogo de Entidades Federativas de Trámite).
14	Documentos...	Los códigos que identifican a los diversos documentos entregados por el solicitante (ver el reverso de la solicitud).
15	Adeudos con el ISSSTE	El importe total del adeudo por préstamo a corto o mediano plazo que el trabajador recibió del Instituto ( \$ ).

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE		TIPO B
--	--	--------



## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	3829

Instructivo de formato: Solicitud de Indemnización Global	Clave del formato: (M-51)
---	------------------------------

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
16	Nombre	El nombre y apellido paterno de la persona adscrita al Área de Atención al Público, que requisitó la solicitud.
17	Firma	La rúbrica de la persona citada en el párrafo anterior.
18	Cifras de Control "E"	La sumatoria de las claves y códigos <u>numéricos</u> que se encuentran localizados en el lado derecho de la solicitud (la operación algebraica se hará tomando como referencia la posición del signo más ( + ) ).
19	Nombre	El nombre completo del solicitante de la indemnización global (trabajador o su familiar).
20	Favor de presentarse el...	La fecha en que deberá presentarse el solicitante para recibir informes sobre el resultado de su trámite.
21	Sello	El sello oficial usado por el Área de Atención al Público
22	Día Mes Año Fecha de Recepción	El día, mes y año en que se acepta la solicitud para el trámite de Indemnización Global, utilizando dos dígitos por cada concepto.
R E V E R S O		
23	Nº de Ejemplares	La cantidad de tantos que contenga cada documento recibido.
24	Nº de Hojas	La cantidad de hojas de que consta cada documento (tomando el total de ejemplares)
25	Revisado	Circular o cruzar la palabra SI, una vez que se haya constatado la fehaciencia de cada uno de los documentos.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE		TIPO B
--	--	--------



## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3830

### b. Hoja Única de Servicios



SUBDIRECCION DE ADMINISTRACION

GERENCIA DE PERSONAL

HOJA UNICA DE SERVICIOS

HOJA	DE
1	1

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE COMPLETO						
LOPEZ	PEÑA		DULCE GLORIA	LOPD-460706		
Apellido Paterno	Apellido Materno		Nombre (s)	R.F.C.	Homonimo	
DOMICILIO COMPLETO						
DR. BALMIS	120	20	DOCTORES	'06030	MEXICO	DISTRITO FEDERAL
Calle, Av., Calz., Etc.	No. Ext. o Int.		Colonia, Barrio o Secc.	C. P.	Ciudad	Estado

PERIODO DE APORTACIONES AL FONDO DEL I.S.S.S.T.E.

FECHA DE INGRESO : ( DIECISEIS DE MARZO DE MIL NOVECIENTOS OCHENTA			FECHA DE BAJA: ( TREINTA Y UNO DE ENERO DE MIL NOVECIENTOS		
16-03-83	Y TRES )		31-01-93	NOVENTA Y TRES )	
Con Número	Con Letra ( día, mes y año )		Con Número	Con Letra ( día, mes y año )	

MOTIVO Y PERIODO EN QUE OCURRIO LA (S) BAJA(S), REINGRESO(S), LICENCIA(S) Y/O SUSPENSION(ES)

M O T I V O	PERIODO						PUESTO O CATEGORIA	SUELDO BASICO	SOBRE SUELDO	COMPEN-SACION	QUINQUENIOS	OTRAS PER-CEPCIONES SUJETAS A APO-RACIONES AL ISSSTE	T O T A L ( PESOS )
	DEL			AL									
	día	mes	año	día	mes	año							
BAJA POR RENUNCIA	15	02	89	31	08	76							
REINGRESO	01	01	90										
LIC. S/SDO. NINGUNA													

OBSERVACIONES :

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3831

### PERCEPCIONES QUE APORTARON AL FONDO DEL ISSSTE

PERIODO						PUESTO O CATEGORIA	SUELDO BASICO	SOBRE SUELDO	COMPENSACION	QUINQUENIOS O (PRIMA DE ANTIGUEDAD)	OTRAS PERCEPCIONES SUJETAS A APORTACIONES DEL ISSSTE	TOTAL (PESOS)
DEL			AL									
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO							
16	03	83	30	06	83	T02831	20.59	7.21				27.79
01	07	83	31	07	05	T02831	20.59	8.23				28.82
01	08	83	15	10	83		18.95	7.58				26.53
16	10	83	31	08	84		21.95	8.78				30.73
01	09	84	31	12	84		24.48	9.79				34.27
01	01	85	15	03	85		196.22					196.22
16	03	86	31	03	87		256.07					256.07
01	04	87	31	05	87		307.28					307.28
01	06	87	15	08	87		362.60					362.60
16	08	87	15	10	87		294.80					294.80
16	10	87	31	12	87		361.42					361.42
01	01	88	30	06	88		446.72					446.72
01	07	88	31	12	88		826.79					726.79
01	01	89	15	02	89		909.47					909.47
01	01	90	15	11	90		3 024.00					3 024.00
16	11	90	31	01	93		3 151.33					3 151.33

NOMBRE(S) Y FIRMA(S) DE LOS RESPONSABLES DE LA EXPEDICION Y LA DEL SOLICITANTE

VERIFICO

AUTORIZO

SOLICITANTE

MARTHA VALDEZ SANCHEZ

C.A. GONZALO TORRES VAZQUEZ

LOPEZ PEÑA DULCE GLORIA

México, D.F. a 18 de FEBRERO de 1993

- NOTA:
- Esta Hoja de Servicios se formula de conformidad con la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y la Ley de Responsabilidades para los Servidores Públicos.
  - No se aceptará este documento cuando no contenga sello oficial, presente raspaduras, enmendaduras o la firma del responsable de su expedición no esté reconocida ante el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



**9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN  
GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3832

Instructivo de formato: Hoja Única de Servicios

Clave del formato:

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	LOGOTIPO	El logotipo de la Dependencia, Entidad u Organismo incorporado al régimen obligatorio de la Ley del ISSSTE.
2	DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL	El nombre completo o razón social de la Dependencia, Entidad u Organismo que expide la hoja Única de Servicios.
3	HOJA_____DE_____	El número consecutivo de la hoja y el total de éstas utilizado.
DATOS DEL TRABAJADOR		
4	NOMBRE COMPLETO	Los apellidos paterno y materno, así como el nombre completo del ex - trabajador a favor de quien se expide la Hoja Única de Servicios.
5	R.F.C	El registro Federal de Contribuyentes que corresponde al ex – trabajador, de acuerdo a las reglas establecidas por la Secretaría de Hacienda. y Crédito Público (deberá confrontarse invariablemente con los datos contenidos en el Acta de Nacimiento).
6	HOMONIMIA	Éste espacio permanecerá en blanco.
6ª	C.U.R.P.	El número de la Clave Única de Registro de Población expedido por la Secretaría de Gobernación.
7	DOMICILIO COMPLETO	La ubicación física y geográfica de la casa que habita el ex – trabajador, considerada legalmente como su lugar de residencia.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



**9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN  
GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**  
**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

<b>Código:</b>	<b>Versión:</b>	<b>Fecha de autorización</b>			<b>No. de Página</b>
		<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>	
		21	12	2007	3833

Instructivo de formato: Hoja Única de Servicios	Clave del formato:
---	--------------------

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
8	PERIODO DE APORTACIONES AL FONDO DEL ISSSTE  FECHA DE INGRESO CON NÚMERO	La fecha en que el ex - trabajador comenzó su período de cotización al Instituto, utilizando dos dígitos para el día, dos para el mes y dos para el año.  NOTA: La Dependencia, Entidad u Organismo que expide la Hoja Única de Servicios, reconocerá exclusivamente el tiempo en que el ex - trabajador cotizó al Instituto bajo contrato laboral con ésta; por consecuencia, será rechazado el documento si se pretende reconocer un tiempo de cotización distinto.
8ª	FECHA CON INGRESO CON LETRA	La fecha en que el ex - trabajador comenzó su período de cotización al Instituto, señalando el día, mes y año.
9	FECHA DE BAJA CON NÚMERO	El día, mes y año en que el ex - trabajador generó su última cotización al Instituto, utilizando dos dígitos para cada concepto.  NOTA: La Dependencia, Entidad u Organismo que expide la Hoja Única de Servicios hará coincidente esta fecha con la del día en que el ex - trabajador devengó su último sueldo.
9ª	FECHA DE BAJA CON LETRA	La fecha en que el ex - trabajador generó su última cotización al Instituto, señalando el día, mes y año.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE		TIPO B
--	--	--------





**9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN  
GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3834

Instructivo de formato: Hoja Única de Servicios

Clave del formato:

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
	MOTIVO Y PERIODO EN QUE OCURRIÓ LA(S) BAJA(S); REINGRESO(S), LICENCIA(S) Y/O SUSPENSIÓN(ES)	
10	MOTIVO	La causa que originó la interrupción de cotizaciones al Instituto.
11	PERIODO	Las fechas de inicio y término de las licencias o suspensiones, así como las fechas en que sucedió la baja o el reingreso al servicio, utilizando dos dígitos para el día, dos para el mes y dos para el año.
12	PUESTO	La categoría o plaza que tenía asignada el ex - trabajador cuando ocurrió la baja, el reingreso la licencia o la suspensión.
13	- SUELDO BÁSICO - SOBRESUELDO - COMPENSACIÓN - QUINQUENIOS - OTRAS PERCEPCIONES SUJETAS A APORTACIONES AL ISSSTE - TOTAL (PESOS)	El desglose de las percepciones mensuales no devengadas por el trabajador, <u>exclusivamente por el periodo en que se registraron las licencias o suspensiones</u> , así como el total acumulado
14	OBSERVACIONES	Éste <i>espacio</i> se utilizará solo para invalidar alguna Hoja Única de Servicios expedida en fecha anterior.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



**9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN  
GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**  
**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	3835

Instructivo de formato: Hoja Única de Servicios	Clave del formato:
---	--------------------

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
15	PERCEPCIONES QUE APORTARON AL FONDO DEL ISSSTE.  PERIODO	Las fechas entre las cuales se mantuvo sin cambio el conjunto de percepciones mensuales objeto de cotización.  NOTA La fecha final del último periodo asentado en el reverso de la Hoja Única de servicios, deberá ser coincidente con la fecha de baja anotada en el anverso.
16	PUESTO	La categoría o plaza que tenía asignada el ex - trabajador durante el periodo de referencia.
17	- SUELDO BÁSICO - SOBRESUELDO - COMPENSACIÓN - QUINQUENIOS - OTRAS PERCEPCIONES SUJETAS A APORTACIONES AL ISSSTE - TOTAL (PESOS)	El desglose de las percepciones mensuales devengadas por el ex – trabajador, <u>exclusivamente por el periodo en que se mantuvieron sin cambio</u> así como el total acumulado.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE		TIPO B
--	--	--------



**9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN  
GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3836

Instructivo de formato: Hoja Única de Servicios

Clave del formato:

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
	NOMBRE(S) Y FIRMA(S) DE LOS RESPONSABLES DE LA EXPEDICIÓN Y LA DEL SOLICITANTE.	
18	VERIFICÓ	El nombre y firma autógrafa del servidor público que revisó la correcta requisitación de la Hoja Única de Servicios.
19	AUTORIZÓ	El nombre y firma autógrafa del servidor público que aprueba la emisión de la Hoja Única de Servicios.
20	SELLO OFICIAL	El sello generalmente utilizado por la Dependencia, Entidad u Organismo que expide la Hoja Única de Servicios, mismo que otorga validez oficial a dicho documento.
21	_____a_____de_____de 19	Lugar y fecha de elaboración de la Hoja Única de Servicios.
22	SOLICITANTE	El nombre y firma autógrafa del ex – trabajador a favor de quien se expide la Hoja Única de Servicios.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

<b>Código:</b>	<b>Versión:</b>
----------------	-----------------

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página
3837

### c. Análisis Laboral.

I. S. S. S. T. E.						
ANALISIS LABORAL PARA INDEMNIZACION GLOBAL						
TIPO DE BENEFICIO : 131 POR RENUNCIA DEL TRABAJADOR						
R.F.C. : PIAL-610712 NOMBRE: LUIS ESTEBAN PIÑA ANTILLON						
CODIGO	PERIODOS		IMPORTE COT.	PERIODOS		IMPORTE COT.
DE RAMO	INICIO	TERMINO	RAMO-PERIDO	INICIO	TERMINO	RAMO-PERIDO
00637	02/01/86	30/02/86	\$174.05	01/03/86	30/05/86	\$586.80
	01/06/86	30/06/86	\$336.60	01/07/86	15/10/86	\$1,401.75
	16/10/86	30/03/87	\$2,803.35	01/04/87	30/06/87	\$1,631.70
	01/07/87	30/09/87	\$1,958.40	01/10/87	30/12/87	\$2,421.00
	01/01/88	30/02/88	\$1,936.80	01/03/88	30/12/88	\$9,975.00
	01/01/89	30/11/89	\$23,235.30	01/12/89	30/12/89	\$2,284.80
	01/01/90	15/07/90	\$19,484.40	01/11/91	30/11/91	\$3,391.50
	01/12/91	30/06/92	\$26,113.50	01/07/92	30/11/92	\$19,452.00
	01/12/92	30/12/92	\$3,999.00	01/01/93	30/05/93	\$20,815.50
	01/05/94	30/12/94	\$36,648.00	01/01/95	30/03/95	\$14,706.00
	01/04/95	03/12/95	\$42,563.88	04/12/95	30/12/95	\$4,729.32
	01/01/96	30/04/96	\$23,109.60	01/05/96	30/07/96	\$20,340.00
	01/08/96	02/12/96	\$27,572.00	03/12/96	30/12/96	\$7,254.52
	01/01/97	30/01/97	\$5,267.40	01/02/97	30/10/97	\$70,097.40
IMPORTE COTIZADO :			\$394,289.57			



## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3838

### d. Concesión de Indemnización Global

#### INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

##### CONCESION DE INDEMNIZACION GLOBAL POR

NOMBRE DEL EX-TRABAJADOR:

R.F.C. DEL EX-TRABAJADOR:

NOMBRE DEL BENEFICIARIO:

CODIGO DE RAMO	PERIODOS COTIZADOS		SUELDOS DEL PERIODO
	PERIODO INICIO	PERIODO TERMINO	
SE CONCEDE EL BENEFICIO DE INDEMNIZACION GLOBAL DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN LOS ARTICULOS 87, 88 Y 89 DE LA LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.			
MONTO DEL 5.50% HASTA EL DIA 4 DE ENERO DE 1993, DEL TOTAL DE SUELDOS COTIZABLES MONTO DEL 5.25% A PARTIR DEL DIA 5 DE ENERO DE 1993, DEL TOTAL DE SUELDOS COTIZABLES MAS IMPORTE DE DIAS DE ACUERDO CON LA FRACCION TOTAL DE LA INDEMNIZACION GLOBAL MENOS SALDO DE P.C.P. O P.M.P.			
IMPORTE NETO A PAGAR POR INDEMNIZACION			

#### NOTIFICACION

QUEDO NOTIFICADO, CONFORME A LO QUE DISPONE EL ARTICULO 31 DEL REGLAMENTO DE PRESTACIONES ECONOMICAS Y VIVIENDA DEL ISSSTE, QUE DISPONGO DE 120 DIAS A PARTIR DE ESTA FECHA PARA QUE, EN SU CASO, INTERPONGA ANTE EL INSTITUTO CUALQUIER INCONFORMIDAD CON RESPECTO AL BENEFICIO QUE SE ME CONCEDE.

SELLO OFICIAL

FECHA DE RECEPCION

FECHA DE PROCESO: / /

NOMBRE Y FIRMA DEL INTERESADO

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



**9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN  
GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3839

**e. Oficio de Improcedencia del Trámite**



**Delegación  
Subdelegación de Prestaciones**

Oficio Núm.

Fecha:

**Asunto:** Improcedencia del Trámite de  
Indemnización Global

**C.  
R.F.C.  
P r e s e n t e.**

En atención a su Solicitud de Indemnización Global, con Número de Control: \_\_\_\_\_  
recibida en esta Subdelegación el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del presente año, me permito informarle  
que habiendo realizado el análisis de los documentos entregados por usted, se ha detectado:

De acuerdo con lo anterior y con fundamento en el(los) Artículo(s): \_\_\_\_\_ de la Ley del  
Instituto, se ha determinado que es improcedente su petición.

Sin otro particular quedo de usted para cualquier aclaración.

**A T E N T A M E N T E  
EL SUBDELEGADO**

**(Nombre y Firma)**

C.c.p. Expediente del Interesado.



**9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN  
GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3840

**f. Oficio de Notificación sobre Adeudo Pendiente a Liquidar.**



**Delegación  
Subdelegación de Prestaciones**

Oficio Núm.

Fecha:

**Asunto:** Notificación sobre adeudo  
pendiente de liquidar al  
Instituto.

**C.  
R.F.C.  
Domicilio:  
P r e s e n t e.**

En respuesta a su Solicitud de Indemnización Global, con Número de Control: \_\_\_\_\_, recibida en esta Subdelegación el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del presente año, me permito informarle que habiendo examinado los antecedentes del préstamo a \_\_\_\_\_ plazo que le fue concedido por el Instituto, se determina la existencia de un adeudo pendiente de liquidar por un importe de \$ \_\_\_\_\_.

Derivado de lo anterior y aún cuando de dicho importe se dedujo la cantidad de \$ \_\_\_\_\_, calculada como monto máximo que le podría corresponder por concepto de Indemnización Global, todavía se refleja un saldo en su contra por \$ \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), mismo que le agradeceré pagar a la brevedad, posible en la Caja dependiente de esta Delegación.

Sin otro particular quedo de usted para cualquier aclaración.

**A T E N T A M E N T E  
EL SUBDELEGADO**

**(Nombre y Firma)**



## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3841

### ANEXO 1.

#### CATALOGO DE DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA TRAMITES DE INDEMNIZACION GLOBAL

NUMERO	DESCRIPCION DEL DOCUMENTO
11	HOJA UNICA DE SERVICIOS.
12	COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE NACIMIENTO DEL TRABAJADOR.
14	COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE DEFUNCION.
* 15	COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE MATRIMONIO.
* 16	INFORMACION TESTIMONIAL PARA ACREDITAR CONCUBINATO.
17	COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE NACIMIENTO O DE ADOPCION DE LOS HIJOS.
18	COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE NACIMIENTO DEL VIUDO O CONCUBINARIO.
* * 19	DICTAMEN MEDICO DE INCAPACIDAD PARA TRABAJAR DEL VIUDO O CONCUBINARIO.
* * 20	DICTAMEN MEDICO DE INCAPACIDAD PARA TRABAJAR DE LOS HIJOS.
* * * 21	DECLARACION DE SOLTERIA Y CARENCIA DE TRABAJO REMUNERADO.
* * * 22	CONSTANCIA DE ESTUDIOS DE EDUCACION MEDIA SUPERIOR O SUPERIOR.
23	NOMBRAMIENTO DE TUTOR, ALBACEA O HEREDEROS.
* 24	INFORMACION TESTIMONIAL PARA ACREDITAR DEPENDENCIA ECONOMICA.
25	FOTOCOPIA DEL ULTIMO COMPROBANTE DE PAGO .
28	CONSTANCIA DE CANCELACION DE ADEUDO (Créditos ISSSTE).
29	INFORME DE ESTADO DE CUENTA (Créditos ISSSTE)

- \* La fecha de emisión, debe ser posterior a la del fallecimiento del trabajador.
- \* \* La fecha de emisión, no debe rebasar el término de 6 meses anteriores a su presentación para efectos del trámite de Indemnización Global.
- \* \* \* La fecha de emisión, debe ser inmediata a su presentación para efectos del trámite de Indemnización Global.





## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3842

### TIPOS DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

#### Tipo 131

A PETICIÓN DEL TRABAJADOR QUE CAUSE BAJA EN EL SERVICIO POR RENUNCIA

- 11 Hoja Única de Servicios
- 25 Fotocopia del último comprobante de pago
- 29 Informe de estado de cuenta (créditos ISSSTE)
- o- Identificación personal del interesado

#### Tipo 134

A PETICIÓN DEL TRABAJADOR QUE CAUSE BAJA EN EL SERVICIO POR INVALIDEZ (ENFERMEDAD GENERAL)

- 11 Hoja Única de Servicios
- 25 Fotocopia del último comprobante de pago
- 29 Informe de estado de cuenta (créditos ISSSTE)
- o- Identificación personal del interesado

#### Tipo 137

A PETICIÓN DE LA VIUDA, POR CAUSA DE MUERTE DEL TRABAJADOR

- 11 Hoja Única de Servicios
- 14 Copia certificada del acta de defunción del trabajador
- 15 Copia certificada del acta de matrimonio (\*)
- 25 Fotocopia del último comprobante de pago
- 28 Constancia de cancelación de adeudo (créditos ISSSTE)
- o- Identificación personal de la interesada

#### Tipo 137

A PETICIÓN DEL VIUDO MENOR DE 55 AÑOS DE EDAD, POR CAUSA DE MUERTE DE LA TRABAJADORA

- 11 Hoja Única de Servicios
- 14 Copia certificada del acta de defunción de la trabajadora
- 15 Copia certificada del acta de matrimonio (\*)
- 19 Dictamen médico de incapacidad para trabajar del viudo, expedido por el Instituto (\*)
- 24 Información testimonial para acreditar dependencia económica (\*)
- 25 Fotocopia del último comprobante de pago
- 28 Constancia de cancelación de adeudo (créditos ISSSTE)
- o- Identificación personal del interesado



**9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN  
GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3843

**Tipo 137**

**A PETICIÓN DEL VIUDO MAYOR DE 55 AÑOS DE EDAD, POR CAUSA DE MUERTE DE LA TRABAJADORA**

11 Hoja Única de Servicios

14 Copia certificada del acta de defunción de la trabajadora

15 Copia certificada del acta de matrimonio (\*)

18 Copia certificada del acta de nacimiento del viudo

25 Fotocopia del último comprobante de pago

28 Constancia de cancelación de adeudo (créditos ISSSTE)

-o- Identificación personal del interesado

**Tipo 137**

**A PETICIÓN DE LOS HIJOS DE MATRIMONIO MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD Y REPRESENTADOS POR PADRE O MADRE, POR CAUSA DE MUERTE DEL(LA) TRABAJADOR(A)**

11 Hoja Única de Servicios

14 Copia certificada del acta de defunción de la trabajador(a)

15 Copia certificada del acta de matrimonio (\*)

17 Copia certificada del acta de nacimiento o de adopción de los hijos

25 Fotocopia del último comprobante de pago

28 Constancia de cancelación de adeudo (créditos ISSSTE)

-o- Identificación personal del interesado

**Tipo 137**

**A PETICIÓN DE LOS HIJOS DE MATRIMONIO DE 18 A 25 AÑOS DE EDAD, POR CAUSA DE MUERTE DEL(LA) TRABAJADOR(A)**

11 Hoja Única de Servicios

14 Copia certificada del acta de defunción del(la) trabajador(a)

15 Copia certificada del acta de matrimonio (\*)

17 Copia certificada del acta de nacimiento o de adopción de los hijos

21 Declaración de soltería y carencia de trabajo remunerado (\*\*\*)

22 Constancia de estudios de educación media o superior (\*\*\*)

25 Fotocopia del último comprobante de pago

28 Constancia de cancelación de adeudo (créditos ISSSTE)

-o- Identificación personal del interesado



**9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN  
GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

<b>Código:</b>	<b>Versión:</b>
----------------	-----------------

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página
3844

**Tipo 137**

**A PETICIÓN DE LOS HIJOS DE MATRIMONIO FISICA O MENTALMENTE INCAPACITADOS  
Y REPRESENTADOS POR PADRE O MADRE POR CAUSA DE MUERTE DEL(LA)  
TRABAJADOR(A)**

- 11 Hoja Única de Servicios
- 14 Copia certificada del acta de defunción del(a) trabajador(a)
- 15 Copia certificada del acta de matrimonio (\*)
- 17 Copia certificada del acta de nacimiento o de adopción de los hijos
- 20 Dictamen médico de incapacidad para trabajar de los hijos, expedido por el Instituto (\*\*)
- 25 Fotocopia del último comprobante de pago
- 28 Constancia de cancelación de adeudo (créditos ISSSTE)
- o- Identificación personal del interesado

**Tipo 137**

**A PETICIÓN DE LOS HIJOS DE MATRIMONIO MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD Y  
REPRESENTADOS POR TUTOR, POR CAUSA DE MUERTE DEL(LA) TRABAJADOR(A)**

- 11 Hoja Única de Servicios
- 14 Copia certificada del acta de defunción del(la) trabajador(a)
- 15 Copia certificada del acta de matrimonio (\*)
- 17 Copia certificada del acta de nacimiento o de adopción de los hijos
- 23 Nombramiento de tutor, albacea o herederos
- 25 Fotocopia del último comprobante de pago
- 28 Constancia de cancelación de adeudo (créditos ISSSTE)
- o- Identificación personal del interesado

**Tipo 137**

**A PETICIÓN DE LOS HIJOS DE MATRIMONIO FISICA O MENTALMENTE INCAPACITADOS  
Y REPRESENTADOS POR TUTOR, POR CAUSA DE MUERTE DEL(LA) TRABAJADOR(A)**

- 11 Hoja Única de Servicios
- 14 Copia certificada del acta de defunción del(la) trabajador(a)
- 15 Copia certificada del acta de matrimonio (\*)
- 17 Copia certificada del acta de nacimiento o de adopción de los hijos
- 20 Dictamen médico de incapacidad para trabajar de los hijos, expedido por el Instituto (\*\*)
- 23 Nombramiento de tutor, albacea o herederos
- 25 Fotocopia del último comprobante de pago
- 28 Constancia de cancelación de adeudo (créditos ISSSTE)
- o- Identificación personal del interesado



**9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN  
GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3845

**Tipo 137**

**A PETICIÓN DE LOS HIJOS FUERA DE MATRIMONIO MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD Y REPRESENTADOS POR PADRE O MADRE, POR CAUSA DE MUERTE DEL(LA) TRABAJADOR(A)**

11 Hoja Única de Servicios

14 Copia certificada del acta de defunción del(la) trabajador(a)

17 Copia certificada del acta nacimiento o de adopción de los hijos

25 Fotocopia del último comprobante de pago

28 Constancia de cancelación de adeudo (créditos ISSSTE)

-o- Identificación personal del interesado

**Tipo 137**

**A PETICIÓN DE LOS HIJOS FUERA DE MATRIMONIO DE 18 A 25 AÑOS DE EDAD, POR CAUSA DE MUERTE DEL(LA) TRABAJADOR(A)**

11 Hoja Única de Servicios

14 Copia certificada del acta de defunción del(la) trabajador(a)

17 Copia certificada del acta de nacimiento o de adopción de los hijos

21 Declaración de soltería y de carencia de trabajo remunerado (\*\*\*)

22 Constancia de estudios de educación media o superior (\*\*\*)

25 Fotocopia del último comprobante de pago

28 Constancia de cancelación de adeudo (créditos ISSSTE)

-o- Identificación personal del interesado

**Tipo 137**

**A PETICIÓN DE LOS HIJOS FUERA DE MATRIMONIO FÍSICA O MENTALMENTE INCAPACITADOS Y REPRESENTADOS POR PADRE O MADRE, POR CAUSA DE MUERTE DEL(LA) TRABAJADOR(A)**

11 Hoja Única de Servicios

14 Copia certificada del acta de defunción del(la) trabajador(a)

20 Dictamen médico de incapacidad para trabajar de los hijos, expedido por el Instituto (\*\*)

25 Fotocopia del último comprobante de pago

28 Constancia de cancelación de adeudo (créditos ISSSTE)

-o- Identificación personal del interesado

**Tipo 137**

**A PETICIÓN DE LOS HIJOS FUERA DE MATRIMONIO MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD Y REPRESENTADOS POR TUTOR, POR CAUSA DE MUERTE DEL(LA) TRABAJADOR(A)**

11 Hoja Única de Servicios

14 Copia certificada del acta de defunción del(la) trabajador(a)

17 Copia certificada del acta de nacimiento o de adopción de los hijos



**9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN  
GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3846

23 Nombramiento de tutor, albacea o herederos  
25 Fotocopia del último comprobante de pago  
28 Constancia de cancelación de adeudo (créditos ISSSTE)  
-o- Identificación personal del representante.

Tipo 137

A PETICIÓN DE LOS HIJOS FUERA DE MATRIMONIO FÍSICA O MENTALMENTE INCAPACITADOS Y REPRESENTADOS POR TUTOR, POR CAUSA DE MUERTE DEL(LA) TRABAJADOR(A)

11 Hoja Única de Servicios  
14 Copia certificada del acta de defunción del(la) trabajador(a)  
17 Copia certificada del acta de nacimiento o de adopción de los hijos  
20 Dictamen médico de incapacidad para trabajar de los hijos, expedido por el Instituto (\*\*)  
23 Nombramiento de tutor, albacea o herederos  
25 Fotocopia del último comprobante de pago  
28 Constancia de cancelación de adeudo (créditos ISSSTE)  
-o- Identificación personal del representante

Tipo 137

A PETICIÓN DE LA CONCUBINA, POR CAUSA DE MUERTE DEL TRABAJADOR

11 Hojas Únicas de Servicios  
14 Copia certificada del acta de defunción del trabajador  
16 Información testimonial para acreditar concubinato (\*)  
25 Fotocopia del último comprobante de pago  
28 Constancia de cancelación de adeudo (créditos ISSSTE)  
-o- Identificación personal de la interesada

Tipo 137

A PETICIÓN DEL CONCUBINARIO MENOR DE 55 AÑOS DE EDAD, POR CAUSA DE MUERTE DE LA TRABAJADORA

11 Hoja Única de Servicios  
14 Copia certificada del acta de defunción de la trabajadora  
16 Información testimonial para acreditar concubinato (\*)  
19 Dictamen médico de incapacidad para trabajar del Concubinario, expedido por el Instituto (\*\*)  
24 Información testimonial para acreditar dependencia económica (\*)  
25 Fotocopia del último comprobante de pago  
28 Constancia de cancelación de adeudo (créditos ISSSTE)  
-o- Identificación personal del interesado



**9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN  
GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3847

Tipo 137

A PETICIÓN DEL CONCUBINARIO MAYOR DE 55 AÑOS DE EDAD, POR CAUSA DE MUERTE DE LA TRABAJADORA

11 Hoja Única de Servicios

14 Copia certificada del acta de defunción de la trabajadora

16 Información testimonial para acreditar concubinato (\*)

18 Copia certificada del acta de nacimiento del Concubinario

25 Fotocopia del último comprobante de pago

28 Constancia de cancelación de adeudo (créditos ISSSTE)

-o- Identificación personal del interesado

Tipo 137

A PETICIÓN DE LOS ASCENDIENTES POR CAUSA DE MUERTE DEL (LA) TRABAJADOR(A)

11 Hoja Única de Servicios

12 Copia certificada del acta de nacimiento del(la) trabajador(a)

14 Copia certificada del acta de defunción del(la) trabajador(a)

24 Información testimonial para acreditar dependencia económica (\*)

25 Fotocopia del último comprobante de pago

28 Constancia de cancelación de adeudo (créditos ISSSTE)

-o- Identificación personal del interesado



**9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**  
**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3848

**MATRIZ DOCUMENTAL DE INDEMNIZACIONES GLOBALES**

SOLICITANTE	RENUNCIA	INVALIDEZ (ENFERMEDAD GENERAL)	FALLECIMIENTO
- EX-TRABAJADOR QUE CAUSO BAJA EN EL SERVICIO ACTIVO POR RENUNCIA	<div>131</div> <div>112529</div>		
- EX-TRABAJADOR QUE CAUSO BAJA EN EL SERVICIO ACTIVO POR INVALIDEZ		<div>134</div> <div>112529</div>	
- VIUDA			<div>137</div> <div>1114152528</div>
- VIUDO MENOR DE 55 AÑOS DE EDAD			<div>1114151924</div> <div>2528</div>
- VIUDO MAYOR DE 55 AÑOS DE EDAD			<div>111415</div> <div>182528</div>



## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3849

### MATRIZ DOCUMENTAL DE INDEMNIZACIONES GLOBALES

SOLICITANTE(S)	RENUNCIA	INVALIDEZ (ENFERMEDAD GENERAL)	FALLECIMIENTO
- HIJOS DE MATRIMONIO MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD, REPRESENTADOS POR PADRE O MADRE			<div>137</div> <div>111415</div> <div>172528</div>
- HIJOS DE MATRIMONIO DE 18 A 25 AÑOS DE EDAD			<div>1114151721</div> <div>222528</div>
- HIJOS DE MATRIMONIO FISICA O MENTALMENTE INCAPACITADOS Y REPRESENTADOS POR PADRE O MADRE			<div>1114151720</div> <div>2528</div>
- HIJOS DE MATRIMONIO MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD Y REPRESENTADOS POR TUTOR			<div>1114151723</div> <div>2528</div>
- HIJOS DE MATRIMONIO FISICA O MENTALMENTE INCAPACITADOS Y REPRESENTADOS POR TUTOR			<div>1114151720</div> <div>232528</div>
- HIJO(S) FUERA DE MATRIMONIO MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD Y REPRESENTADOS POR PADRE O MADRE			<div>1114172528</div>





## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3850

### MATRIZ DOCUMENTAL DE INDEMNIZACIONES GLOBALES

SOLICITANTE(S)	RENUNCIA	INVALIDEZ (ENFERMEDAD GENERAL)	FALLECIMIENTO
- HIJO(S) FUERA DE MATRIMONIO DE 18 A 25 AÑOS DE EDAD			<div>137</div> <div>11 14 17 21 22</div> <div>25 28</div>
- HIJO(S) FUERA DE MATRIMONIO FISICA O MENTALMENTE INCAPACITADOS Y REPRESENTADOS POR PADRE O MADRE			<div>11 14 20 25 28</div>
- HIJO(S) FUERA DE MATRIMONIO MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD Y REPRESENTADOS POR TUTOR			<div>11 14 17</div> <div>23 25 28</div>
- HIJO(S) FUERA DE MATRIMONIO FISICA O MENTALMENTE INCAPACITADOS Y REPRESENTADOS POR TUTOR			<div>11 14 17 20 23</div> <div>25 28</div>
- CONCUBINA			<div>11 14 16 25 28</div>
- CONCUBINARIO MENOR DE 55 AÑOS DE EDAD			<div>11 14 16 19 24</div> <div>25 28</div>
- CONCUBINARIO MAYOR DE 55 AÑOS DE EDAD			<div>11 14 16</div> <div>18 25 28</div>
- ASCENDIENTES			<div>11 12 14</div> <div>24 25 28</div>



## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3851

### 11 Hoja Única de Servicios

#### Presentación

- Deberá carecer de tachaduras, raspaduras o enmendaduras que alteren los datos inicialmente consignados.
- Encontrarse completo, de conformidad con el número de tantos que en el mismo documento se definen.
- Ser un documento original (que no sea copia o imitación), en impresión oficial de la Dependencia, Entidad o Agrupación en la que prestó sus servicios el ex-trabajador.

#### Contenido

- El nombre completo del ex-trabajador, deberá coincidir con el que aparece en todos los requisitos documentales exigidos, de acuerdo con el tipo de prestación económica solicitada.
- El Registro Federal de Contribuyente, deberá concordar con el que esta asentado en los requisitos documentales que lo contengan.
- La descripción del domicilio, no es indispensable que sea igual a la anotada en otros requisitos documentales (el único domicilio válido para efectos de la concesión y pago del beneficio, será el que proporcione el interesado en la Solicitud de Indemnización Global).
- Las fechas de ingreso y baja del ex-trabajador, deben estar comprendidas dentro del período en que la Dependencia, Entidad o Agrupación se mantuvo o ha mantenido incorporada al régimen obligatorio de la Ley del Instituto (ver Catálogo de Vigencia de Ramos).
- En las licencias o suspensiones sin goce de sueldo, si las hubiere, deberán definirse por cada una:
  - El motivo por el que fueron concedidas o aplicadas
  - Las fechas de inicio y término
  - El sueldo mensual no devengado durante su transcurso
- En el detalle de los subperiodos efectivamente laborados (en los que existieron variaciones al sueldo mensual), debe establecerse por cada uno:
  - El espacio de tiempo en el cual se conservó inalterable el monto de las percepciones mensuales.
  - El puesto o categoría asignada
  - La composición de la percepción mensual y el importe acumulado



**9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN  
GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3852

- La fecha de expedición debe especificarse, aún cuando no es requisito el que sea reciente.
- El tiempo total en el servicio activo ampara el documento, debe ser suficiente para respaldar la Solicitud de Indemnización Global (mayor de 1 año).

**ACLARACIONES**

- De existir diferencias entre el Registro Federal de Contribuyentes consignado en la Hoja Única de Servicios y, el contenido en otros requisitos documentales presentados por el ex-trabajador (inversión de letras o números), así como en el nombre y/o apellidos (inversión de letras, errónea transcripción o abreviaturas), se formulará una Acta Administrativa del mencionado trabajador retirado, con la finalidad de precisar el R.F.C. o nombre completo que servirá de base para conceder el beneficio.



## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3853



SUBDIRECCION DE ADMINISTRACION

GERENCIA DE PERSONAL

HOJA UNICA DE SERVICIOS

HOJA	DE
1	1

DATOS DEL TRABAJADOR

NOMBRE COMPLETO					
LOPEZ	PEÑA	DULCE GLORIA	LOPD-460706		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	R.F.C.	Homonimo	
DOMICILIO COMPLETO					
DR. BALMIS	120	20	DOCTORES	06030	MEXICO
Calle, Av., Calz., Etc.	No. Ext. o Int.	Colonia, Barrio o Secc.	C. P.	Ciudad	Estado
DISTRICTO FEDERAL					

PERIODO DE APORTACIONES AL FONDO DEL I.S.S.S.T.E.

FECHA DE INGRESO : ( DIECISEIS DE MARZO DE MIL NOVECIENTOS OCHENTA	FECHA DE BAJA: ( TREINTA Y UNO DE ENERO DE MIL NOVECIENTOS
16-03-83 Y TRES )	31-01-93 NOVENTA Y TRES )
Con Número	Con Letra ( día, mes y año )
Con Número	Con Letra ( día, mes y año )

MOTIVO Y PERIODO EN QUE OCURRIÓ LA (S) BAJA(S), REINGRESO(S), LICENCIA(S) Y/O SUSPENSIÓN(ES)

M O T I V O	PERIODO						PUESTO O CATEGORIA	SUELDO BASICO	SOBRE SUELDO	COMPEN-SACION	QUINQUENIOS	OTRAS PER-CEPCIONES <small>SUJETAS A APO-RACIONES AL ISSSTE</small>	T O T A L ( PESOS )
	DEL			AL									
	día	mes	año	día	mes	año							
BAJA POR RENUNCIA	15	02	89	31	08	76							
REINGRESO	01	01	90										
LIC. S/SDO. NINGUNA													

OBSERVACIONES :

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3854

### PERCEPCIONES QUE APORTARON AL FONDO DEL ISSSTE

PERIODO						PUESTO O CATEGORIA	SUELDO BASICO	SOBRE SUELDO	COMPENSACION	QUINQUENIOS O (PRIMA DE ANTIGUEDAD)	OTRAS PERCEPCIONES SUJETAS A APORTACIONES DEL ISSSTE	TOTAL (PESOS)
DEL			AL									
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO							
16	03	83	30	06	83	T02831	20.59	7.21				27.79
01	07	83	31	07	05	T02831	20.59	8.23				28.82
01	08	83	15	10	83		18.95	7.58				26.53
16	10	83	31	08	84		21.95	8.78				30.73
01	09	84	31	12	84		24.48	9.79				34.27
01	01	85	15	03	85		196.22					196.22
16	03	86	31	03	87		256.07					256.07
01	04	87	31	05	87		307.28					307.28
01	06	87	15	08	87		362.60					362.60
16	08	87	15	10	87		294.80					294.80
16	10	87	31	12	87		361.42					361.42
01	01	88	30	06	88		446.72					446.72
01	07	88	31	12	88		826.79					726.79
01	01	89	15	02	89		909.47					909.47
01	01	90	15	11	90		3 024.00					3 024.00
16	11	90	31	01	93		3 151.33					3 151.33

NOMBRE(S) Y FIRMA(S) DE LOS RESPONSABLES DE LA EXPEDICION Y LA DEL SOLICITANTE

VERIFICO

AUTORIZO

SOLICITANTE

MARTHA VALDEZ SANCHEZ

C.A. GONZALO TORRES VAZQUEZ

LOPEZ PEÑA DULCE GLORIA

México, D.F. a 18 de FEBRERO de 1993

- NOTA:
- Esta Hoja de Servicios se formula de conformidad con la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y la Ley de Responsabilidades para los Servidores Públicos.
  - No se aceptará este documento cuando no contenga sello oficial, presente raspaduras, enmendaduras o la firma del responsable de su expedición no esté reconocida ante el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3855

12 Copia certificada del acta de nacimiento del Trabajador

#### Presentación

- Deberá carecer de tachaduras, raspaduras o enmendaduras, que alteren los datos inicialmente consignados.
- Deberá ser copia fiel sacada del original que obra en los archivos de la Oficialía del Registro Civil, impresa en el formato que para tal efecto se utiliza.

#### Contenido

- Contener la firma autógrafa de la autoridad administrativa competente, así como el sello reconocido de la oficina de expedición.
- El nombre completo del trabajador retirado, deberá coincidir en todos los requisitos documentales en los que aparece.
- Deberá verificarse que los apellidos del ex-trabajador fallecido, concuerden con los apellidos paternos de los ascendientes directos que solicitan la Indemnización Global.
- La fecha de expedición deberá especificarse, aún cuando no es requisito el que sea reciente.

#### ACLARACIONES

- En el supuesto de que se trate de una Acta de Nacimiento expedida por un gobierno del extranjero, será indispensable su traducción y certificación efectuadas por la Representación Diplomática conducente.
- De presentarse una copia que haya sido certificada por una autoridad distinta a la del Registro Civil, deberá contener la firma del responsable de la Dependencia, el sello y las facultades que lo autorizan.



## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3856

14 Copia certificada del acta de defunción del trabajador

#### Presentación

- Deberá carecer de tachaduras, raspaduras o enmendaduras, que alteren los datos inicialmente consignados.
- Deberá ser copia fiel sacada del original que obra en los archivos de la Oficialía del Registro Civil, impresa en el formato que para tal efecto se utiliza.

#### Contenido

- El nombre completo del ex-trabajador fallecido, deberá coincidir en todos los requisitos documentales en los que aparece.
- La fecha del fallecimiento, deberá ser igual a la anotada en la Solicitud de Indemnización Global. Para el otorgamiento de esta prestación económica, se confirmará que dicha fecha no rebase de 5 años anteriores a la exhibición del acta como parte del trámite.
- Contener la firma autógrafa de la autoridad administrativa competente, así como el sello reconocido de la oficina de expedición.

#### ACLARACIONES

- En el supuesto de que la muerte del ex-trabajador sucediera en el extranjero será indispensable que el acta expedida, sea traducida y certificada por la Representación Diplomática conducente.
- De presentarse una copia que haya sido certificada por una autoridad distinta a la del Registro Civil, deberá contener la firma del responsable de la Dependencia, el sello y las facultades que lo autorizan.



## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3857

15 Copia certificada del acta de matrimonio

#### Presentación

- Deberá carecer de tachaduras, raspaduras o enmendaduras, que alteren los datos inicialmente consignados.
- Deberá ser copia fiel sacada del original que obra en los archivos de la Oficialía del Registro Civil, impresa en el formato que para tal efecto se utiliza.

#### Contenido

- Los nombres completos de los contrayentes, deberán coincidir con el de la persona que generó el derecho a la Indemnización Global y, con el de la que solicita dicha prestación económica.
- Contener la firma autógrafa de la autoridad administrativa competente, así como el sello reconocido de la oficina de expedición.
- La fecha de emisión de la copia certificada, deberá ser posterior a aquella en la que se registró la muerte del ex-trabajador
- No deberá presentar anotaciones marginales, en las que se determine la declaración de nulidad o disolución del vínculo matrimonial.

#### ACLARACIONES

- En el supuesto de que el ex-trabajador hubiere contraído matrimonio en el extranjero, será indispensable que el acta expedida, sea traducida y certificada por la Representación Diplomática conducente.
- De presentarse una copia que haya sido certificada por una autoridad distinta a la del Registro Civil, deberá contener la firma del responsable de la Dependencia, el sello y las facultades que lo autorizan.





**9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN  
GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3858

**16 Información testimonial para acreditar concubinato**

**Presentación**

- Deberá carecer de tachaduras, raspaduras o enmendaduras que alteren los datos inicialmente consignados.
- Documento original o copia certificada
- Deberá encontrarse completo, de conformidad con el número de hojas o páginas que en el mismo documento se definen.

**Contenido**

- Contener la firma autógrafa de la autoridad judicial competente o fedatario público reconocido, así como los sellos de quien lo expide.
- Los nombres completos de las personas que se encuentran dentro de la relación de concubinato, deberán coincidir con el de la que generó el derecho y el de la que solicita la prestación económica.
- La fecha de inicio de dicha relación, deberá comprobar una duración mínima de 5 años anteriores al día en que falleció el ex-trabajador.
- El texto del documento, deberá señalar la circunstancia de que quienes integran la relación, permanecieron libres de matrimonio.
- La fecha de emisión de la información testimonial, deberá ser posterior a aquella en la que se registró la muerte del ex-trabajador.



## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3859

17 Copia certificada del acta de nacimiento o de adopción de los hijos

#### Presentación

- Deberá carecer de tachaduras, raspaduras o enmendaduras, que alteren los datos inicialmente consignados.
- Copia fiel sacada del original que obra en los archivos de la Oficialía del Registro Civil, impresa en el formato que para tal efecto se utiliza.

#### Contenido

- Contener la firma autógrafa de la autoridad administrativa competente, así como el sello reconocido de la oficina de expedición.
- El nombre completo de alguno de los padres, deberá coincidir con el del ex-trabajador fallecido que generó el derecho.
- Los apellidos del hijo, deberán concordar con los apellidos paternos del padre y de la madre respectivamente.
- El nombre completo del hijo, deberá ser igual en todos los requisitos documentales en los que aparece.
- La fecha de nacimiento, deberá comprobar que el hijo cumple con la edad necesaria para que le sea otorgada la Indemnización Global.

#### ACLARACIONES

- En el supuesto de que se trate de una Acta de Nacimiento o de Adopción expedida en el extranjero, será indispensable su traducción y certificación por parte de la Representación Diplomática conducente.
- De presentarse una copia que haya sido certificada por una autoridad distinta a la del Registro Civil, debe contener la firma del responsable de la Dependencia, el sello y las facultades que lo autorizan.
- Cuando corresponda a una Acta de Adopción, se verificará que este acto se hubiere celebrado antes de que el ex-trabajador fallecido cumpliera los 55 años de edad.



## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3860

18 Copia certificada del acta de nacimiento del viudo o concubinario

#### Presentación

- Deberá carecer de tachaduras, raspaduras o enmendaduras, que alteren los datos inicialmente consignados.
- Copia fiel sacada del original que obra en los archivos de la Oficialía del Registro Civil, impresa en el formato que para tal efecto se utiliza.

#### Contenido

- Contener la firma autógrafa de la autoridad administrativa competente, así como el sello reconocido de la oficina de expedición.
- El nombre completo del viudo o concubinario, deberá coincidir en todos los requisitos documentales en los que aparece.
- La fecha de nacimiento, deberá comprobar que el viudo o concubinario cumple con la edad necesaria para que le sea otorgada la Indemnización Global.

#### ACLARACIONES

- En el supuesto de que se trate de una Acta de Nacimiento expedida en el extranjero, será indispensable su traducción y certificación por parte de la Representación Diplomática conducente.



## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3861

19 y 20 Dictamen médico de incapacidad para trabajar del viudo, concubinario o hijos

#### Presentación

- Deberá carecer de tachaduras, raspaduras o enmendaduras, que alteren los datos inicialmente consignados.
- Documento original en impresión oficial del Instituto

#### Contenido

- Contener las firmas autógrafas del Jefe del Área de Dictaminación y del Médico Perito Dictaminador, así como el sello de la clínica, centro hospitalario o unidad especializada dependiente del Instituto que lo expide.
- La fecha en que se elabora el certificado médico, no deberá rebasar el término de 6 meses anteriores a su presentación para efectos del trámite de Indemnización Global.
- El nombre completo del viudo, concubinario o hijos del ex-trabajador fallecido, deberá coincidir en todos los requisitos documentales en los que aparece.
- El diagnóstico del padecimiento, deberá ser por causas distintas a las tipificadas como riesgo de trabajo ( solo en el caso del viudo o concubinario ).
- El resultado de padecimiento, deberá aclarar tácitamente que el afectado no puede desempeñar ningún tipo de trabajo remunerativo; que le es imposible valerse por sí mismo y, que la incapacidad no es provocada por el uso de drogas o estupefacientes, actos intencionados y participación en hechos delictivos.



## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3862

### DICTAMEN MEDICO

#### DATOS DE LA SECRETARIA O ENTIDAD

NOMBRE O RAZON SOCIAL			REGISTRO FED. CAUS.
DOMICILIO, CALLE Y MUNICIPIO			ACTIVIDAD O GIRO
CIUDAD	C.P.	ESTADO	TELEFONO

#### DATOS DEL TRABAJADOR

APELLIDO: PATERNO		MATERNO		NOMBRE (S)		NUM. DE AFILIACION O R.F.C.
OCUPACION	TIEMPO DE REALIZARLA	EDAD	SEXO	UNIDAD MEDICA DE ADSCRIPCION		
			M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
DOMICILIO, CALLE Y MUNICIPIO						
CIUDAD	C.P.	ESTADO	TELEFONO			

#### DATOS DEL BENEFICIARIO (PARA SER LLENADO CUANDO SE DICTAMINE EL ESTADO DE INVALIDEZ A BENEFICIARIOS)

APELLIDO: PATERNO		MATERNO		NOMBRE (S)		EDAD	SEXO
							M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>

#### TIPO DE DICTAMEN

VALIDEZ	ACUERDOS O CONVENIOS	DERECHO A PENSION	EDAD CROMOBIOLOGICA	VIGENCIA DE DERECHOS	CAMBIO DE ACTIVIDADES
---------	----------------------	-------------------	---------------------	----------------------	-----------------------

#### ESTUDIO MEDICO

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES NO PATOLOGICOS Y PATOLOGICOS

DATOS CLINICOS DEL PADECIMIENTO ACTUAL

VALORACION FISICA

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



**9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN  
GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**  
**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3863

DIAGNOSTICO

INTEGRAL

PRONOSTICO (S)

PARA LA VIDA

PARA EL TRABAJO

DICTAMEN

EL C

ESTE PADECIMIENTO ES DE NATURALEZA ORDINARIA Y AJENO AL TRABAJO FEDERAL  
ESTE PADECIMIENTO LO INVALIDA EN FORMA

a) Total y permanente ( ) c) Parcial y permanente ( )

b) Total y temporal ( ) d) Parcial y temporal ( )

NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO QUE ELABORO ESTE DICTAMEN

CLAVE MEDICA

LUGAR DE ELABORACION DEL DICTAMEN

DIA

MES

AÑO

DELEGACION

FIRMA DEL MEDICO QUE FORMULO EL DICTAMEN

VO. BO. DEL DIRECTOR

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3864

#### 21 Declaración de soltería y carencia de trabajo remunerado

##### Presentación

- Deberá carecer de tachaduras, raspaduras, o enmendaduras, que alteren los datos inicialmente consignados.
- Documento original en impresión oficial del Instituto.

##### Contenido

- Contener las firmas autógrafas del personal de trabajo social encargado del levantamiento del estudio socioeconómico; del declarante y de los testigos por él propuestos, así como el sello del área de expedición.
- La fecha de formulación de la declaración, deberá ser inmediata a su presentación para efectos del trámite de la Indemnización Global.
- El nombre completo del sujeto de la declaración, deberá coincidir en todos los requisitos documentales en los que aparece.
- En el detalle de la situación social y económica que vive el declarante, deberá quedar plenamente justificada la carencia de un trabajo remunerado y la soltería.



**9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN  
GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3865



**SUBDIRECCIÓN GENERAL DE  
PRESTACIONES ECONÓMICAS  
SOCIALES Y CULTURALES  
SUBDIRECCIÓN DE PENSIONES  
JEFATURA DE SERVICIOS  
INTEGRALES DE RETIRO  
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN Y  
ORIENTACIÓN AL DERECHOHABIENTE**

**ACTA ADMINISTRATIVA \_\_\_\_\_**

**DECLARACIÓN DE SOLTERÍA Y CARENCIA DE TRABAJO REMUNERADO**

EN LA CIUDAD DE MEXICO, DISTRITO FEDERAL, SIENDO LAS \_\_\_\_\_, CON \_\_\_\_\_  
MINUTOS DEL DÍA \_\_\_\_\_, DE \_\_\_\_\_, DE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y  
\_\_\_\_\_ ANTE LA PRESENCIA DEL LIC. \_\_\_\_\_, JEFE  
DEL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN AL DERECHOHABIENTE DE  
LA SUBDIRECCIÓN DE PENSIONES DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS  
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, SITA EN AVENIDA DE LA  
REPÚBLICA CIENTO TREINTA Y CUATRO, SEGUNDO PISO DE ÉSTA CIUDAD Y DE  
CONFORMIDAD CON LOS ARTÍCULOS DIECISIETE Y DIECIOCHO DEL REGLAMENTO  
DE PRESTACIONES ECONÓMICAS DEL PROPIO INSTITUTO. COMPARECE

CON  
DOMICILIO EN \_\_\_\_\_  
QUIEN SE IDENTIFICA CON \_\_\_\_\_ EXPEDIDA POR  
\_\_\_\_\_, Y MANIFIESTA, BAJO PROTESTA DE  
DECIR VERDAD, QUE ACTUALMENTE ES SOLTERO (A) Y CARECE DE ACTIVIDAD  
ALGUNA POR LA CUAL RECIBA REMUNERACIÓN DE CUALQUIER ÍNDOLE, PARA  
EFECTO Y CON EL FIN DE CONFIRMAR LO ANTERIOR, PRESENTA LOS SIGUIENTES  
TESTIGOS:

NOMBRE  
DOMICILIO  
IDENTIFICACIÓN

NOMBRE  
DOMICILIO  
IDENTIFICACIÓN

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B





## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3866

22 Constancia de estudios de educación media o superior

#### Presentación

- Deberá carecer de tachaduras, raspaduras, o enmendaduras, que alteren los datos inicialmente consignados.
- Documento original en formato impreso por una Institución o Plantel Educativo reconocido.

#### Contenido

- Contener la firma autógrafa del responsable de dicha Institución o Plantel, así como el sello de la oficina que lo expide.
- El nombre completo del alumno, deberá coincidir en todos los requisitos documentales en los que aparece.
- El ciclo y calendario escolares que abarquen el grado de estudios cursados por el alumno, deberán estar comprendidos dentro del período que se determinará como de vigencia del derecho.
- La fecha de emisión de la constancia, deberá ser inmediata a su presentación para efectos del trámite de la Indemnización Global.



## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3867

### 23 Nombramiento de Tutor, albacea o herederos

#### Presentación

- Deberá carecer de tachaduras, raspaduras, o enmendaduras, que alteren los datos inicialmente consignados.
- Documento original o copia certificada.
- Deberá encontrarse completo, de conformidad con el número de hojas o páginas que en el mismo documento se definen.

#### Contenido

- Contener la firma autógrafa de la autoridad judicial competente o fedatario público reconocido, así como los sellos de la oficina que lo expide.
- Los nombres completos de las personas que aparecen en el documento, deberán coincidir con los de:
  - El representante del hijo menor de edad o incapacitado, que tiene el derecho al pago de la Indemnización Global.
  - El heredero
  - El hijo del ex-trabajador fallecido. Este dato tiene que coincidir en todos los requisitos documentales en los que aparece.
- El motivo de nombramiento, deberá llevar implícito el cobro de la prestación económica solicitada.



**9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN  
GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3868

**24 Información testimonial para acreditar dependencia económica**

**Presentación**

- Deberá carecer de tachaduras, raspaduras o enmendaduras, que alteren los datos inicialmente consignados.
- Documento original o copia certificada.
- Deberá encontrarse completo, de conformidad con el número de hojas o páginas que en el mismo documento se definen.

**Contenido**

- Contener la firma autógrafa de la autoridad judicial competente o fedatario público reconocido, así como los sellos de la oficina que lo expide.
- El nombre completo del viudo o concubinario, deberá coincidir en todos los requisitos documentales en los que aparece.
- El nombre completo de la esposa o concubinaria fallecida, deberá ser igual al de la ex-trabajadora que generó el derecho.
- El texto del documento, deberá señalar la circunstancia de que el hombre dependió económicamente de la mujer, cuando menos durante los 5 años anteriores a la fecha en la que sucedió el deceso de esta última.
- La fecha de emisión de la información testimonial, deberá ser posterior a aquella en la que se registró la muerte de la ex-trabajadora.



**9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**  
**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

<b>Código:</b>	<b>Versión:</b>
----------------	-----------------

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página
3869

25 Fotocopia del último comprobante de pago

**Presentación**

- Deberá carecer de tachaduras, raspaduras o enmendaduras que alteren los datos inicialmente consignados.
- Documento legible por ambos lados.

**Contenido**

- El nombre completo, así como el Registro Federal de Contribuyente contenidos deberán coincidir con todos los requisitos documentales en los que aparecen.
- La fecha deberá corresponder al último período quincenal o semanal laborado.
- Deberá contener el concepto de descuento para fondo de prestaciones al Instituto.

COMPROBANTE PARA EL EMPLEADO	FUBA430226		FUENTES BUENROSTRO ALFREDO					NUM. DE CHEQUE 4924586	
	FILIACION		NOMBRE						
	NUM. DE EMPL.	CVE. PUESTO	NIV/SUB	RG/MX	CG/RP	NOMBRE DEL PUESTO		PERIODO DE PAGO	
	000100	278972	361000	025	0	JEFE DE SECCION		01-OCT-98 AL 15-OCT-98	
CPTO.	IMPORTE	CPTO.	IMPORTE	CPTO.	IMPORTE	CPTO.	IMPORTE	CPTO.	IMPORTE
01	+1529.31	02	+40.50	06	+23.00	10	+32.50	17	+368.37
33	+34.00	51	-42.69	52	-81.5	53	-23.53	60	-152.83
61	-4.96	65	-42.82	66	-3.95	77	-51.20	81	-23.20
DIST. DE RECIBO		CPTO.	DESCTO.	PLAZO	CPTO.	DESCTO.	PLAZO	00637	
50031000									
\$**2,027.68		\$*** 426.57		\$**1,601.01					
PERCEPCION		DEDUCCION		NETO A PAGAR		RECIBI DE CONFORMIDAD			

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



**9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN  
GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3870

**28 Constancia de cancelación de adeudo (Créditos ISSSTE)**

**Presentación**

- Deberá carecer de tachaduras, raspaduras o enmendaduras, que alteren los datos inicialmente consignados.
- Documento original en impresión oficial del Instituto.

**Contenido**

- Contener la firma del funcionario facultado y el sello de la oficina que lo expide.
- El nombre completo de la persona a favor de quien se cancela el adeudo, deberá coincidir con el del ex-trabajador fallecido. Este dato será el mismo en todos los requisitos documentales en los que aparece.
- Que se especifique claramente la anulación del adeudo, de acuerdo con lo estipulado con la Ley del Instituto



**9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN  
GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3871



**SUBDIRECCIÓN GENERAL DE  
PRESTACIONES ECONÓMICAS ,  
SOCIALES Y CULTURALES  
SUBDIRECCIÓN DE RECUPERACIÓN  
DE CRÉDITO  
JEFATURA DE SERVICIOS  
DE COBRANZA Y APOYO LEGAL**

**CONSTANCIA DE CANCELACIÓN DE ADEUDO CON CARGO  
AL FONDO DE GARANTÍA**

C.  
PRESENTE

Se hace constar que esta Institución canceló, con cargo al Fondo de Garantía, la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ), correspondiente al saldo insoluto del préstamo número \_\_\_\_\_, otorgado al C. \_\_\_\_\_.

Lo anterior en cumplimiento a lo ordenado por los artículos 52, 53, y 54 del Reglamento de Prestaciones Económicas, así como del numeral 46, fracciones XVII, del Estatuto Orgánico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado.

**A T E N T A M E N T E**

El jefe de Servicios

(Nombre y Firma)



## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3872

#### 29 Informe del estado de cuenta (Créditos ISSSTE)

##### Presentación

- Deberá carecer de tachaduras, raspaduras o enmendaduras, que alteren los datos inicialmente consignados.
- Documento original en impresión oficial del Instituto.

##### Contenido

- Contener las firmas autógrafas del personal administrativo facultado, así como el sello del área que lo expide.
- El nombre completo del ex-trabajador, deberá coincidir en todos los requisitos documentales en los que aparece.
- Deberá especificar en forma precisa el importe que se encuentra pendiente de liquidar.
- La fecha de emisión del informe, deberá ser inmediata a su presentación para efectos del trámite de la Indemnización Global.
- Especificar en forma precisa que el documento es expedido para efectos del trámite de la Indemnización Global.



## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3873

### SUBDIRECCION GENERAL DE PRESTACIONES ECONOMICAS SUBDIRECCION DE RECUPERACION DE CREDITO ESTADO DE CUENTA Y REGULARIZACION DE PRESTAMO A CORTO PLAZO

NOMBRE: PIÑA ANTILLON LUIS ESTEBAN R.F.C. PIAL-610712 NO. DE CTA. INDIVIDUAL: 1157820  
CLAVE DEL RAMO: 0185 CLAVE DE PAGADURIA: 00200  
TIPO DE PRESTAMO: P.C.P. NUMERO DE PRESTAMO: 1994009133 FECHA DE PTMO: 290394 TASA DE INTERES 9.00  
IMPORTE DE PTMO: 3,080.00 INTERES ORIGINAL 204.87 PLAZO: 020 DESC.QNAL.: 163.39 QNA.INIC: 9410

EL REGISTRO DE SUS PAGOS INICIA EN LA QNA. 9406 CON UN SALDO TOTAL DE 3,080.00

DESDE	HASTA	DESC/QUINC	PAGO DIRECTO	TASA INTERES	INTERES DEVENGADO	INTERES DEBIDO	SALDO CAPITAL	SALDO TOTAL	
0694	0994	0.00	0.00	9.00	46.46	46.46	3,080.00	3,131.08	0.00
1 094	1 094	81.69	0.00	9.00	11.72	0.00	3,062.28	3,062.28	0.00
1 1 94	1 494	163.38	0.00	9.00	42.53	0.00	2,455.52	2,455.52	0.00
1 594	1 594	245.07	0.00	9.00	9.21	0.00	2,220.58	2,220.58	0.00
1 694	1 994	163.38	0.00	9.00	29.84	0.00	1,599.86	1,599.86	0.00
2094	2094	171.28	0.00	9.00	6.00	0.00	1,435.18	1,435.18	0.00
21 94	2294	0.00	0.00	9.00	10.78	10.78	1,435.18	1,447.03	0.00
2394	019 5	81.69	0.00	9.00	15.42	15.42	1,218.91	1,218.91	0.00
029 5	059 5	163.38	0.00	9.00	14.71	0.00	581.54	581.54	0.00
069 5	069 5	245.07	0.00	9.00	2.18	0.00	338.86	338.86	0.00
079 5	039 7	0.00	0.00	9.00	61.24	61.24	338.86	408.49	0.00

SALDO CAPITAL : \$338.86  
SALDO INTERES : \$60.24  
SALDO IVA : \$9.39  
TOTAL DE SALDO : \$408.49 A LA QUINCENA 0397  
TOTAL DE INTERES BONIFICADOS \$0.00

OBSERVACIONES:

\*\*\*EDO. DE CUENTA PARA TRAMITE DE INDEMNIZACION GLOBAL\*\*\*

FECHA: 26 DE FEBRERO DE 1997

EN LOS TERMINOS DEL ART 47 DE LA LEY FEDERAL DE RESPONSABILIDADES DE LOS SERVIDORES PUBLICOS, DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE LOS DATOS AGENTADOS EN ESTE DOCUMENTO SON REALES Y CONFIABLES.

GARCIA ROSAS LUIS ANTONIO

FAUSTO SANCHEZ RAMOS

GERMAN GARCIA GONZALEZ

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B





**9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3874

**ANEXO 2. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL (OPERACIÓN MANUAL)**

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
		Inicia el procedimiento
1	DERECHOHABIENTE O BENEFICIARIO	Acude al Área de Atención al Público de la Delegación del Instituto que le corresponda y entrega documentos de acuerdo al tipo de la Indemnización Global que desea tramitar.
2	DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE (ÁREA DE ATENCIÓN AL PÚBLICO)	Recibe la documentación y verifica el tiempo de cotización para la indemnización global:  ¿Cuál es el tiempo de cotización?
2.1		Es menor a 1 año: Devuelve la documentación e informa al derechohabiente sobre la improcedencia del trámite.
2.2		El tiempo de cotización y/o la edad del extrabajador hacen factible el otorgamiento de una pensión: Devuelve la documentación y lo orienta para que realice el trámite de pensión.
2.3		Desde 1 año: Consulta el Catálogo de Trabajadores Indemnizados (TRSIG) para comprobar que no existan antecedentes de trámite similar.  ¿Existen antecedentes?
2.3.1		SI. La indemnización global se realizará por el periodo cotizado posterior al pagado en el primer trámite, por lo que solicita el Expediente del extrabajador. (Continúa en la actividad 3).
2.3.2		NO. La indemnización global se realizará por el total del tiempo cotizado que amparen las Hojas Únicas de Servicios, se abre un nuevo expediente. (Continúa en la actividad 3)

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



**9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	3875

3	ATENCIÓN AL PÚBLICO	Requisita formato de Solicitud (M-51), con apoyo en los datos que verbalmente le proporciona el derechohabiente.
4		Pide al derechohabiente que verifique los datos asentados en la Solicitud y la firme si son correctos.
5		Confronta la firma de la Solicitud con la que aparece en la identificación personal.
		¿Las firmas son iguales?
5.1		NO. Devuelve la documentación.
5.2		SI. Regresa la identificación personal al derechohabiente.
6	DERECHOHABIENTE O BENEFICIARIO	Asigna a la Solicitud el número de control respectivo de acuerdo al Compendio de Controles y Catálogos.
7		Desprende el talón de solicitud y lo entrega al derechohabiente, en el cual se le informa la fecha para presentarse.
8		Recibe talón y espera hasta la fecha señalada para acudir y recibir resultados del trámite.
9		Codifica campos contenidos en la Solicitud y elabora Tarjeta de Seguimiento para el trámite, asentando los datos para su posterior localización y actualización (ver Compendio de Controles y Catálogos).
10		Integra al Expediente del derechohabiente los documentos y la Solicitud (Consultar la "Guía para la Operación del Archivo de Expedientes Pensionarios").
11	DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE (ÁREA DE ASIGNACIÓN DE DERECHOS)	Acumula Expedientes de Indemnización Global integrados durante el día y fórmula Relación de los mismos en original y copia.
12		Envía al Área de Asignación de Derechos, original de la Relación con los Expedientes anexos, recaba acuse en copia y la archiva.
13		Recibe original de la Relación con los expedientes anexos, revisa, firma acuse y archiva.
14		Analiza cada documento del Expediente de acuerdo a lo establecido en la Ley del ISSSTE para la Indemnización Global.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE		TIPO B
--	--	--------



**9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	3876

		¿Cumple con los requisitos señalados en la Ley?
14.1	ASIGNACIÓN DE DERECHOS	SI. Formula Análisis Laboral -ver formato y "Caso Práctico" al final del procedimiento - (Continúa en actividad 25).
14.2		NO. Formula en original y copia el "Oficio de Improcedencia del Trámite", y lo envía junto con el Expediente al Área de Atención al Público.
15	ATENCIÓN AL PÚBLICO	Recibe original y copia del "Oficio de Improcedencia", así como el Expediente del derechohabiente.
16		Actualiza la Tarjeta de Seguimiento, y da por concluido el trámite.
17		Envía "Oficio de Improcedencia" al derechohabiente, requiriendo su presencia en el Área de Atención al Público.
18	DERECHOHABIENTE O BENEFICIARIO	Recibe "Oficio de Improcedencia" y acude al Área de Atención al Público, entregando talón de la Solicitud (M-51).
19	ATENCIÓN AL PÚBLICO	Localiza expediente respectivo y devuelve la documentación al derechohabiente, adjuntando el original del "Oficio de Improcedencia del Trámite" y recaba acuse de recibo en la copia.
20	DERECHOHABIENTE O BENEFICIARIO	Recibe documentación y el original del "Oficio de Improcedencia del Trámite", firma acuse.
21	ATENCIÓN AL PÚBLICO	Recibe acuse e invalida la "Solicitud de Indemnización Global (M-51)", anotando en el cuerpo la leyenda "CANCELADO" y anula el número de control que tenía asignado.
22		Integra la Solicitud y copia del "Oficio de Improcedencia del Trámite" al Expediente del derechohabiente, envía al archivo para su custodia permanente.
23		Formula Reporte de Números de Control (M-01) y remite a oficinas Centrales (ver "Calendario de Movimientos a Nómina", en Compendio de Controles y Catálogos).
24	SUBDIRECCIÓN DE PENSIONES (ÁREA DE CONTROL DE PAGOS Y PRESUPUESTO)	Recibe Reporte (M-01) de números de control anulados, da seguimiento.
25	ASIGNACIÓN DE DERECHOS	Elabora en original y dos copias la Concesión de Indemnización Global, precisando el monto que se deberá pagar o recuperar.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE		TIPO B
--	--	--------



**9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

Código:		Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
			Día	Mes	Año	
			21	12	2007	3877
26		Analiza saldo resultante.				
		¿El saldo es a favor del derechohabiente?				
26.1		NO. Elabora en original y cuatro copias el “Oficio de Notificación sobre Adeudo Pendiente a Liquidar” para requerir pago del adeudo. (Continúa en actividad 28).				
26.2	DEPARTAMENTO DE FINANZAS	SI. Elabora la Cuenta por Pagar y envía original al Departamento de Finanzas, recaba acuse de recibo en copia y la archiva.				
27		Recibe original de la Cuenta por Pagar para expedir el pago al derechohabiente.				
28		Integra al Expediente: <ul style="list-style-type: none"><li>- Original del Análisis Laboral,</li><li>- Original y dos copias de la Concesión de Indemnización Global,</li><li>- Original y cuatro copias del “Oficio de Notificación sobre Adeudo Pendiente a Liquidar” o en su caso, copia de la Cuenta por Pagar.</li></ul>				
29	ATENCIÓN AL PÚBLICO	Envía Expediente al Área de Atención al Público.				
30		Recibe el Expediente debidamente integrado y verifica que se encuentre completa la documentación contenida.				
31		Verifica si en el Expediente existe “Oficio de Notificación sobre Adeudo Pendiente a Liquidar”.				
		¿Existe Oficio de Notificación sobre Adeudo de derechohabiente?				
31.1		NO. Registra en el Formato “Trabajadores Indemnizados” (M-04) los datos de identificación, así como el importe bruto de la Indemnización Global. (Continúa en actividad 33)				
31.2		SI. Entrega copias a áreas delegacionales, del “Oficio de Notificación sobre Adeudo Pendiente a Liquidar”, recaba acuses y archiva: <ul style="list-style-type: none"><li>1ª. Copia.- Depto. de Crédito</li><li>2ª. Copia.- Área Jurídica</li><li>3ª. Copia.- Área Auditoria Operacional</li></ul>				



## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	3878

32	ÁREAS DELEGACIONALES (DEPARTAMENTO DE CRÉDITO, ÁREA JURÍDICA Y ÁREA DE AUDITORÍA OPERACIONAL)	Reciben copia, revisan, firman acuses y archivan. (Continúa en actividad 37)
33	ATENCIÓN AL PÚBLICO	Actualiza la Tarjeta de Seguimiento contenida en el Expediente.
34		Envía a la Subdirección de Pensiones el Formato (M-04) para que se capturen los movimientos en el sistema computarizado.
35	SUBDIRECCIÓN DE PENSIONES	Recibe Reporte M-04 para la incorporación de datos al sistema de cómputo.
36		Revisa listado de validación de captura.  ¿Existe algún error en el listado?
36.1		NO. Libera el proceso de incorporación de movimientos al Subsistema de Asignación de Derechos (TRSIG) y genera un Listado de Indemnizaciones Globales que fueron actualizadas en el sistema de cómputo. (Continúa en actividad 37)
36.2		SI. Corrige listado en pantalla y emite. (Regresa a actividad 36)
37	DERECHOHABIENTE O BENEFICIARIO	Acude al Área de Atención al Público de la Delegación del Instituto que le corresponda y entrega Talón de Solicitud.
38	ATENCIÓN AL PÚBLICO	Recibe Talón de la Solicitud y localiza el Expediente del derechohabiente (Consultar la "Guía de Operación del Archivo de Expedientes Pensionarios").
39		Extrae del Expediente: <ul style="list-style-type: none"><li>- Original y dos copias de la Concesión de Indemnización Global,</li><li>- Original y 4ª. copia del "Oficio de Notificación sobre Adeudo Pendiente a Liquidar", o en su caso, copia de la Cuenta por Pagar.</li></ul>
40		Entrega al derechohabiente: <ul style="list-style-type: none"><li>- Original y 1ª. copia de la Concesión de Indemnización Global,</li><li>- Original del "Oficio de Notificación sobre Adeudo Pendiente a Liquidar", o en su caso, copia de la Cuenta por Pagar.</li></ul>

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE		TIPO B
--	--	--------



**9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN  
GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3879

41		Recaba acuse de recibo y archiva.
42	DERECHOHABIENTE O BENEFICIARIO	Recibe documentación y firma acuse.
43	ATENCIÓN AL PÚBLICO	Anexa al Expediente los acuses de recibo y lo revisa integralmente para ordenar la documentación de acuerdo a la "Guía de Operación de Expedientes Pensionarios".
44		Archiva temporalmente el Expediente durante 120 días (tiempo que dispone el derechohabiente para interponer ante el Instituto cualquier reclamación).
45	DERECHOHABIENTE O BENEFICIARIO	Acude al Departamento de Finanzas y realiza el cobro o el pago correspondiente de la Indemnización Global.
		Termina el procedimiento

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B





## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3881



Instituto de Seguridad  
y Servicios Sociales  
de los Trabajadores  
del Estado

Nº de Control 01101011

Delegación:  
Subdelegación de Prestaciones

### Análisis Laboral para Indemnización Global

Nombre del (la) ex-Trabajador (a): LUIS ESTEBAN PIÑA ANTILLON

R.F.C. PIAL-610712 Tiempo cotizado: 9 Años 9 Meses 29 Días

Dependencia(s):	Periodo(s):
Secretaría de Pesca	del 01 de Agosto de 1981 al 31 de Enero de 1983
I.S.S.S.T.E.	del 01 de Febrero de 1983 al 15 de Abril de 1986
	del 16 de Junio de 1988 al 31 de Julio de 1993
	del de de 19 al de de 19
	del de de 19 al de de 19
	del de de 19 al de de 19

Subperiodos:	Días	Sueldo mensual	Sueldo diario	Ingresos acumulados
del 01 de Septiembre de 1985 al 31 de Diciembre de 1985	120	\$ 80.50	\$ 2.68	\$ 321.60
del 01 de Enero de 1986 al 15 de Abril de 1986	105	88.50	2.95	309.75
del 16 de Junio de 1988 al 31 de Diciembre de 1988	195	826.80	27.56	5374.20
del 01 de Enero de 1989 al 15 de Febrero de 1989	45	909.48	30.31	1363.95
del 16 de Febrero de 1989 al 30 de Noviembre de 1989	285	2174.92	72.49	20659.65
del 01 de Diciembre de 1989 al 31 de Diciembre de 1989	30	2353.62	78.45	2353.50
del 01 de Enero de 1990 al 15 de Noviembre de 1990	315	3024.00	100.80	31752.00
del 16 de Noviembre de 1990 al 30 de Noviembre de 1990	15	3151.34	105.04	1575.60
del 01 de Diciembre de 1990 al 31 de Diciembre de 1990	30	3440.54	114.68	3440.40
del 01 de Enero de 1991 al 30 de Junio de 1991	180	3454.60	115.15	20727.00
del 01 de Julio de 1991 al 10 de Noviembre de 1991	130	3570.00	119.00	15470.00
del 11 de Noviembre de 1991 al 30 de Noviembre de 1991	20	3999.00	133.30	2666.00
del 01 de Diciembre de 1991 al 30 de Noviembre de 1992	360	3999.00	133.30	47988.00
del 01 de Diciembre de 1992 al 31 de Diciembre de 1992	30	3999.00	133.30	3999.00
del 01 de Enero de 1993 al 4 de Enero de 1993	4	4281.00	142.70	570.80
del de de 19 al 4 de Enero de 1993				
				\$ 160871.76

del 5 de Enero de 1993 al 31 de julio de 1993	206	4281.00	142.70	29396.20
del de				
del de				
del de				
del de				
del de				
del de				
del de				
del de				
del de				
Total				\$ 29396.20

5.50% sobre los ingresos acumulados hasta el día 4 de Enero de 1993

\$ 6847.95

5.25% sobre los ingresos acumulados a partir del día 5 de Enero de 1993

\$ 1543.34

Más el importe de:

45 días, de acuerdo a la fracción II del Artículo 87

\$ 6421.50

INDEMNIZACION GLOBAL

\$ 16812.79

Menos el importe de:

Saldo pendiente de liquidar por préstamo a P.M.P. plazo

\$ 1967.89

Importe Neto:

\$ 14844.9

En la Ciudad de México, D.F. a 2 de septiembre de 1995

Formó  
  
Nombre y Firma

Revisó  
  
Nombre y Firma

SGPE-SP-076

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B





## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3882

#### Definición

- Es el estudio de los diversos elementos informativos contenidos en las Hojas Únicas de Servicios expedidas a favor del trabajador retirado, a efecto de corroborar la existencia del derecho y determinar el monto de la indemnización global que será concedida.

#### Reconocimiento del tiempo de cotización

- El Instituto reconocerá como tiempo efectivamente cotizado, el período dentro del cual la Dependencia, Entidad o Agrupación en la que laboró el ex-trabajador, haya efectuado la retención de las cuotas establecidas para el régimen obligatorio de la Ley, eliminando todas aquellas licencias o suspensiones sin goce de sueldo.

#### Bases para el cómputo de los años de cotización

- El cómputo de los años cotizados, se realizará tomando en cuenta únicamente un empleo, aún cuando se hubiesen desempeñado simultáneamente varios, cualesquiera que fuesen; en consecuencia, para este efecto se considerará por una sola vez, el tiempo durante el que se haya tenido el carácter de trabajador.

- Invariablemente, el cálculo del tiempo de servicios se efectuará fijando meses equivalentes a 30 días y por deducción, años constituidos de 360.

- El monto total de las cuotas que fueron descontadas al ex-trabajador en el transcurso de su vida laboral dentro de las Dependencias, Entidades o Agrupaciones incorporadas al régimen obligatorio de la Ley, se obtendrá al aplicar el 5.5% hasta el 4 de enero de 1994 a la sumatoria de los sueldos cotizables devengados en el tiempo computado, y del 5 de enero de 1994 a la fecha, se aplicará el 5.25% a la sumatoria de los sueldos cotizables devengados en el tiempo computado.

#### El porcentaje referido, se compone de:

- 0.50% para contribuir al fondo para préstamos hipotecarios y financiamiento en general para vivienda, en sus modalidades de adquisición en propiedad de terrenos y/o casas habitación, construcción, reparación, ampliación o mejoras a las mismas; así como para el pago de pasivos adquiridos por estos conceptos.
- 0.50% para contribuir al fondo para préstamos a mediano y corto plazos.
- 0.50% para cubrir los servicios que contribuyan a mejorar la calidad de vida del servidor público y sus familiares derechohabientes.
- 4.00% para cubrir el 50% de la prima que sobre el sueldo básico se establezca anualmente, conforme a las valuaciones actuariales para el pago de las jubilaciones, pensiones e indemnizaciones globales, así como para integrar las reservas correspondientes conforme al Artículo 182 de la Ley del Instituto, para respaldar la prestación de los servicios para el bienestar y desarrollo infantil; servicios integrales de retiro a jubilados y pensionistas;



## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3883

arrendamiento o venta de habitaciones económicas pertenecientes a la Institución; servicios turísticos, promociones culturales, de preparación técnica, fomento deportivo y recreación, de igual forma que los servicios funerarios. Adicionalmente estos recursos se canalizarán a la solventación de los gastos generales de administración del Instituto, exceptuando las relaciones con el Fondo de la Vivienda.

Bases para el cálculo de la liquidación de indemnización global

- El sueldo básico que se establece como objeto de cotización no deberá rebasar de 10 veces el salario mínimo general y podrá estar integrado por:
- Sueldo presupuestal.- Remuneración ordinaria que se señala en la designación o nombramiento del trabajador, en relación con la plaza o cargo que desempeña.
- Sobresueldo.- Remuneración adicional concedida al trabajador en atención a circunstancias de insalubridad o carestía de la vida, en el lugar en donde presta sus servicios.
- Compensación.- Cantidad incrementada al sueldo presupuestal y sobresueldo respectivos, otorgada discrecionalmente en cuanto a su monto y duración considerando las responsabilidades o trabajos extraordinarios relacionados con el cargo o por servicios especiales. Esta remuneración se cubre con cargo a la partida denominada "Compensaciones adicionales por servicios especiales".

NOTA: A partir del 1º de enero de 1985, las citadas remuneraciones se integran bajo un solo concepto de pago, definiéndose desde esa fecha como "Sueldo compactado".

- Quinquenios.- Importe concedido mensualmente a los trabajadores que lograron una antigüedad de 5 años en el servicio activo, aumentándose paulatinamente, por acumulación de otros períodos similares.
- Otras percepciones supeditadas al régimen obligatorio de la Ley del Instituto.
- Si el ex-trabajador desarrolló conjuntamente dos o más empleos remunerados, los sueldos cotizables devengados en éstos se acumularán con objeto de calcular íntegramente las cuotas aportadas al Instituto.

Deducciones sobre el importe bruto de la indemnización global

- La indemnización global sólo podrá ser afectada por la aplicación del saldo pendiente de cubrir al Instituto, por concepto de préstamo a corto o mediano plazo concedido al ex-trabajador cuando se encontraba en activo (dicho saldo se condonará en caso de fallecimiento del trabajador; por lo tanto, el monto de la indemnización global se pagará íntegramente al familiar solicitante).



## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3884

### CASO PRÁCTICO - ANÁLISIS LABORAL

#### Descripción:

El señor Luis Esteban Piña Antillón, persona que causó alta en el servicio activo el día 1º de agosto de 1981, laboró en diversas Dependencias y Entidades de la Administración Pública, hasta el 31 de julio de 1993, fecha en que renuncia voluntariamente al último puesto que ocupó, para atender personalmente un negocio de tipo familiar.

Como resultado de esta decisión y pensando que su retorno al trabajo burocrático será poco factible en el futuro, el Sr. Piña Antillón presenta ante el Instituto su solicitud para que le sea concedida una indemnización global.

#### Actividades a desarrollar:

1. Utilizando como fuente de información las Hojas Únicas de Servicios entregadas por el citado Sr. Piña Antillón, se determinará el tiempo en que trabajó en cada una de las Dependencias y Entidades.

#### Ejemplo:

· Secretaría de Pesca

del 01-08-81 al 31-01-83 = 1 año 6 meses

· Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

del 01-02-83 al 15-04-86 = 3 años 2 meses 14 días

del 16-06-88 al 31-07-93 = 5 años 1 mes 15 días

2. Con apoyo en el Catálogo de Vigencia de Ramos, se verificará que la mencionada Dependencia y Entidad, se hubieren mantenido incorporadas al régimen obligatorio de la Ley del Instituto, durante los períodos definidos.

3. Se sumarán los años, meses y días considerados en cada Dependencia y Entidad, para fijar el tiempo total documentado.

#### Ejemplo:

09 años 09 meses 29 días



**9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN  
GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3885

4. Se reconocerán los sueldos diferenciales que devengó el Sr. Piña Antillón en el transcurso del tiempo realmente cotizado:

Ejemplo:

01-08-81	al	31-08-81	=	\$ 16.00
01-09-81	al	31-12-81	=	19.03
01-01-82	al	15-02-82	=	19.03
16-02-82	al	15-06-82	=	22.84
16-06-82	al	31-08-82	=	22.84
01-09-82	al	31-12-82	=	23.86
01-01-83	al	31-01-83	=	23.86
01-02-83	al	13-06-83	=	49.99
14-06-83	al	30-06-83	=	52.49
01-07-83	al	31-08-83	=	53.41
01-09-83	al	10-06-84	=	57.61
11-06-84	al	31-08-84	=	61.85
01-09-84	al	31-12-84	=	66.11
01-01-85	al	31-05-85	=	71.78
01-06-85	al	31-08-85	=	77.50
01-09-85	al	31-12-85	=	80.50
01-01-86	al	15-04-86	=	88.50
16-06-88	al	31-12-88	=	826.80
01-01-89	al	15-02-89	=	909.48
16-02-89	al	30-11-89	=	2,174.92
01-12-89	al	31-12-89	=	2,353.62
01-01-90	al	15-11-90	=	3,024.00
16-11-90	al	30-11-90	=	3,151.34
01-12-90	al	31-12-90	=	3,440.54
01-01-91	al	30-06-91	=	3,454.60
01-07-91	al	10-11-91	=	3,570.00
11-11-91	al	30-11-91	=	3,999.00



## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3886

01-12-91 al 30-11-92	=	3,999.00
01-12-92 al 31-12-92	=	3,999.00
01-01-93 al 04-01-93	=	4,281.00
05-01-93 al 31-07-93	=	4,281.00

5. Se obtendrá tanto la cantidad de días que cubre cada uno de los períodos detectados, como el sueldo diario que corresponde a estos, multiplicándolos para establecer los montos de percepciones devengadas.

Ejemplo

30 días	x	\$	0.53	=	\$	15.90
120	x	\$	0.63	=		75.60
45	x	\$	0.63	=		28.35
120	x	\$	0.76	=		91.20
75	x	\$	0.76	=		57.00
120	x	\$	0.79	=		94.80
30	x	\$	0.79	=		23.70
133	x	\$	1.66	=		220.78
17	x	\$	1.74	=		29.58
60	x	\$	1.78	=		106.80
280	x	\$	1.92	=		537.60
80	x	\$	2.06	=		164.80
120	x	\$	2.20	=		264.00
150	x	\$	2.39	=		358.00
90	x	\$	2.58	=		232.20
120	x	\$	2.68	=		321.60
105	x	\$	2.95	=		309.75
195	x	\$	27.56	=		5,374.20
45	x	\$	30.31	=		1,363.95
285	x	\$	72.49	=		20,659.65
30	x	\$	78.45	=		2,353.50
315	x	\$	100.80	=		31,752.00



**9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3887

15	x	\$	105.04	=	1,575.60
30	x	\$	114.68	=	3,440.40
180	x	\$	115.15	=	20,727.00
130	x	\$	119.00	=	15,470.00
20	x	\$	133.30	=	2,666.00
360	x	\$	133.30	=	47,988.00
30	x	\$	133.30	=	3,999.00
Hasta el 04-01-93		4	x	\$	142.70 = 570.80
\$ 160,871.76					
A partir del 05-01-93		206	x	\$	142.70 =
29,396.20					

6. Se calculará el 5.50% hasta el día 4 de Enero de 1993, así como el 5.25% a partir del día 5 de Enero de 1993, sobre el total de percepciones devengadas por el Sr. Piña Antillón, con la finalidad de precisar el monto que por concepto de cuotas se liquidará como parte de la Indemnización Global.

Ejemplo:

\$	160,871.76	x	5.50%	=	\$	8,847.95
\$	29,396.96	x	5.25%	=		1,543.34

TOTAL	10,391.29
-------	-----------

7. Debido a que el multicitado Sr. Piña Antillón, logró acumular 9 años, 9 meses y 29 días se aplicará lo establecido en la fracción II del Artículo 87 de la Ley del Instituto; por lo que se le beneficiará adicionalmente con el valor de 45 días del último sueldo que disfrutó antes de propiciar su baja en el servicio activo.

Ejemplo:

\$	142.70	x	45 días	=	\$	6,421.50
----	--------	---	---------	---	----	----------

8. Se aumentará el monto de las cuotas al valor de los 45 días, fijando por añadidura el importe que corresponde como Indemnización Global.

Ejemplo:

\$	10,391.29	+	6,421.50	=	\$	16,812.79
----	-----------	---	----------	---	----	-----------



## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3888

9. Tomando como referencia el Informe de Estados de Cuenta de Préstamos a Corto o Mediano Plazos, se restará del importe de la Indemnización Global el saldo que existe pendiente de pagar al Instituto.

Ejemplo:

Indemnización Global	\$	16,812.79
(menos) Saldo P.M.P.:		1,967.89
Total a liquidar:	\$	<u>14,844.90</u>



## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3889

### Trabajadores Indemnizados (M-04)



Instituto de Seguridad  
y Servicios Sociales  
de los Trabajadores  
del Estado

Trabajadores Indemnizados  
Movimiento 04

Delegación: 1  
Subdelegación de Prestaciones

Reporte exclusivo del Instituto

Acción	+ No. de Control	+ Fecha de Solicitud	+ R. F. C.	+ Homónimo	Nombre del ex-trabajador (No se graba en baja)	+ Importe Bruto	+ Tipo	Nombre del Deudor	+ Código de Ramo	Fechas		= Cifras de Control	Observaciones (No se graba)
										+ Inicio (AA-MM-DD)	+ Término (AA-MM-DD)		
1 Posición	7 Posiciones	6 * Posiciones	10 Posiciones	3 Posiciones	34 Posiciones	8 Posiciones	3 * Posiciones	34 * Posiciones	5 * Posiciones	6 * Posiciones	6 * Posiciones	9 Posiciones	
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Jefe del Departamento de Pensiones,  
Seguridad e Higiene

M-04

16

Clave y Fecha de Teclado

17

Nombre y Firma

18

Mes de Inclusión

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B





## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3890

#### OBSERVACIONES:

##### Acción

**A = Alta** ( Cuando se otorgue una Indemnización Global, por operación manual previa autorización de Oficinas Centrales, Jefatura de Servicios de Asignación de Derechos ).

**B = Baja** ( Cuando se trate de error en captura, o bien termino de vigencia legal, ).

**R = Reintegro de Fondos**  
( Si el ex-trabajador, reingresare al Servicio Público, además anexar copia fotostática de recibo de caja, debidamente sellado y firmado por la tesorería ).

**Nota:** Los campos con asterisco no se reportan en Baja.

##### + N° de Control

- Las dos primeras posiciones identifican a la Entidad Federal tiva de trámite.
- Las dos posiciones siguientes, especifican la Nómina de - - Proceso.
- Las tres últimas posiciones determinan el folio secuencial asignado al trámite.

##### + Tipo

- 131 = A petición del ex-trabajador por baja voluntaria ( Renuncia )
- 134 = A petición del ex-trabajador por baja necesaria ( Invalidez )
- 137 = A petición de los familiares del ex-trabajador fallecido



## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:	Versión:	Fecha de autorización	No. de Página
		Día Mes Año	
		21 12 2007	3891

Instructivo de formato: Trabajadores Indemnizados	Clave del formato: M-04
---	-------------------------

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	DELEGACIÓN	El nombre de la Entidad Federativa en la que se encuentra instalada la Delegación del Instituto.
2	REPORTES EXCLUSIVO DEL INSTITUTO	
2	ACCIÓN	<p>La letra "A", por tratarse de un movimiento de alta en el Archivo Maestro de Trabajadores Indemnizados, siempre que este sea autorizado por Oficinas Centrales.</p> <p>La letra "B", por tratarse de un movimiento de baja en el Archivo Maestro de Trabajadores Indemnizados. <u>(Baja por error en captura, término de vigencia legal, omisión en la Hoja Única de Servicios o por fallecimiento del extrabajador / interesado).</u></p> <p>La letra "R", por tratarse de un movimiento de reintegro de indemnización global. (Se anotará en el Archivo Maestro de Trabajadores Indemnizados la letra "R").</p>
3	+Nº DE CONTROL	Folio compuesto de siete dígitos (los dos primeros identifican a la Entidad de Trámite y los cinco restantes deben ser iguales a los consignados en la solicitud de referencia).
4	FECHA DE SOLICITUD	El año, mes y día en que se formula la solicitud de Indemnización Global, utilizando dos dígitos para cada concepto.
5	+R.F.C.	El Registro Federal de Contribuyente que corresponde al ex-trabajador que generó el derecho a la indemnización global (deberá coincidir con el que aparece en la solicitud de referencia).
6	+HOMÓNIMO	Se anotarán ceros "000" en este espacio (sólo si no existiese un registro homónimo).
7	NOMBRE DEL EX-TRABAJADOR (NO SE GRABA EN BAJA)	El apellido paterno, materno y nombre(s) completo(s) del ex-trabajador).

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE		TIPO B
--	--	--------



## 9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:	Versión:	Fecha de autorización	No. de Página
		Día Mes Año	
		21 12 2007	3892

Instructivo de formato: Trabajadores Indemnizados

Clave del formato:  
M-04

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
8	+IMPORTE BRUTO	La cantidad en pesos que se calculó como el producto total de la indemnización global (antes de aplicar cualquier descuento). Nota: Se antepone ceros a la izquierda del importe bruto, hasta acumular ocho posiciones. Ejemplo: $\$7,354.22 = 007354.22$
9	+TIPO */	El código que corresponda de acuerdo con la causa que propició la baja del ex-trabajador en el servicio activo.
10	NOMBRE DEL DEUDO	El apellido paterno, materno y nombre(s) completo(s) del deudo que solicita la indemnización global por fallecimiento del trabajador.
11	+CÓDIGO DE RAMO */	El código que identifica a la última Dependencia, Entidad o Agrupación en la que prestó sus servicios el ex-trabajador (este dato se obtiene de la(s) Hoja(s) Única(s) de Servicios presentada(s) para el trámite de la Indemnización Global).
12	FECHAS +INICIO (AA-MM-DD) */	La fecha inicial que se tomó como referencia para realizar el cálculo de las cuotas retenidas sobre los sueldos básicos de cotización.  Utilizando dos dígitos para el año, dos para el mes y dos para el día. Ejemplo: $31 \text{ de enero de } 1998 = 980131$
13	+TÉRMINO (AA-MM-DD) */	La fecha final hasta la cual abarcó el cálculo de las cuotas retenidas (debe ser coincidente con la fecha de baja definitiva en el servicio), utilizando dos dígitos para el año, dos para el mes y dos para el día. Ejemplo: $31 \text{ de mayo de } 1998 = 980531$



**9. TRÁMITE DE INDEMNIZACIÓN  
GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3893

Instructivo de formato: Trabajadores Indemnizados

**Clave del formato:**  
M-04

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
14	= CIFRAS DE CONTROL	La sumatoria de los códigos numéricos que aparecen en el renglón. Nota: Anteponer ceros a las Cifras de Control, hasta acumular nueve posiciones.
15	OBSERVACIONES (NO SE CAPTURA)	Nota informativa o motivo por el cual se solicita la baja, o el reintegro.
16	CLAVE Y FECHA DE TECLEO	(Éstos datos serán anotados por el personal de captura).
17	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PENSIONES NOMBRE Y FIRMA	El nombre y apellidos del servidor público que funja como jefe o responsable del Departamento, así como su firma autógrafa.
18	MES DE INCLUSIÓN	El nombre del mes en que se hará la inclusión del movimiento en el Archivo Maestro de Trabajadores Indemnizados.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



**10. TRÁMITE DE REINTEGRO DE  
INDEMNIZACIÓN GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3894

# **10. REINTEGRO DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL**



## 10. TRÁMITE DE REINTEGRO DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3895

### 1. OBJETIVO

REALIZAR LOS TRÁMITES POR REINTEGRO DE LA INDEMNIZACIÓN GLOBAL CONCEDIDA A UN TRABAJADOR QUE REINGRESA AL SERVICIO ACTIVO, CON OBJETO DE QUE SE LE RECONOZCA ESTE TIEMPO LABORADO CON ANTERIORIDAD PARA EFECTOS DEL TRÁMITE DE PENSIÓN

### 2. POLÍTICAS DE OPERACIÓN

#### DE LOS SOLICITANTES DEL REINTEGRO

#### 1. PODRÁN OPTAR POR REINTEGRAR LA INDEMNIZACIÓN GLOBAL E INTERESES ACUMULADOS:

- EL TRABAJADOR QUE INGRESE NUEVAMENTE AL SERVICIO ACTIVO.
- LOS FAMILIARES DERECHOHABIENTES DEL TRABAJADOR QUE HUBIESE FALLECIDO EN SERVICIO ACTIVO, Y QUE HAYA ACUMULADO UN MAYOR NÚMERO DE AÑOS QUE CONSECUENTEMENTE POSIBILITEN EL OTORGAMIENTO DE UNA PENSIÓN.

#### IMPROCEDENCIA DEL REINTEGRO

#### 2. SON CAUSAS DE IMPROCEDENCIA LAS SIGUIENTES:

- QUE EL TRABAJADOR INTENTE LA DEVOLUCIÓN DE FONDOS CON FECHA POSTERIOR A SU NUEVA BAJA EN EL SERVICIO ACTIVO.
- QUE POR VÍA DEL REINTEGRO EL TRABAJADOR PRETENDA LA ACUMULACIÓN DEL TIEMPO PARA SOLICITAR UNA NUEVA INDEMNIZACIÓN GLOBAL.
- QUE POR LA VÍA DEL REINTEGRO LOS DEUDOS DEL TRABAJADOR FALLECIDO PRETENDAN LA ACUMULACIÓN DE TIEMPO PARA SOLICITAR UNA NUEVA INDEMNIZACIÓN GLOBAL.
- QUE POR LA VÍA DEL REINTEGRO LOS DEUDOS DEL TRABAJADOR FALLECIDO PRETENDAN ACUMULACIÓN DE TIEMPO PARA SOLICITAR UNA PENSIÓN, CUANDO EL TRABAJADOR FALLECIERE NO ESTANDO EN EL SERVICIO ACTIVO.



**10. TRÁMITE DE REINTEGRO DE  
INDEMNIZACIÓN GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3896

**REQUISITOS DOCUMENTALES PARA EL REINTEGRO DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL**

**3. LOS TRABAJADORES DEBERÁN PRESENTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:**

- a. COPIA DE LA CONCESIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN GLOBAL Y/O LIQUIDACIÓN QUE ACREDITE TAL BENEFICIO.
- b. ULTIMO TALÓN DE PAGO, (COMPROBANTE DE ENCONTRARSE ACTUALMENTE EN SERVICIO ACTIVO EN ALGUNA DEPENDENCIA, SECRETARÍA U ORGANISMO DEL GOBIERNO FEDERAL, COTIZANDO ACTUALMENTE AL INSTITUTO).
- c. IDENTIFICACIÓN PERSONAL

**NOTA: DEBERÁ VERIFICARSE CON EL DEPARTAMENTO DE AFILIACIÓN Y VIGENCIA DE DERECHOS, QUE SE ENCUENTRA EN SERVICIO ACTIVO.**



**10. TRÁMITE DE REINTEGRO DE  
INDEMNIZACIÓN GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3897

**3. DESARROLLO**

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
		Inicia el procedimiento
1	DERECHOHABIENTE O BENEFICIARIO	Acude al Departamento de Pensiones, Seguridad e Higiene (Área de Atención al Público) de la Delegación que le corresponda, y entrega documentos para solicitar el cálculo de la cantidad a pagar por reintegro de indemnización global.
2	DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE (ÁREA DE ATENCIÓN AL PÚBLICO)	Recibe documentos y Consulta el Catálogo de Trabajadores Indemnizados (TRSIG)
		¿Está el derechohabiente en el Catálogo?
2.1		NO. Solicita la presentación de la Concesión de Indemnización Global, o en su caso, las Hojas Únicas de Servicios. Regresa a actividad 1.
2.2		SI. Requisita el formato de "Solicitud de Reintegro de Indemnización Global" (M-11), con apoyo en los datos proporcionados por el derechohabiente.
3		Obtiene del derechohabiente firma de conformidad por los datos asentados en la Solicitud.
4		Asigna a la solicitud número de control correspondiente (consultar el Compendio de Controles y Catálogos).
5		Desprende el Talón de Solicitud y lo entrega al derechohabiente, en el cual se le informa la fecha para presentarse.
6	DERECHOHABIENTE O BENEFICIARIO	Recibe talón y espera la fecha señalada para acudir y recibir resultados de su trámite.
7	ATENCIÓN AL PÚBLICO	Codifica los campos contenidos en la Solicitud con el auxilio del Compendio de Controles y Catálogos.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B





**10. TRÁMITE DE REINTEGRO DE  
INDEMNIZACIÓN GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3898

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
8	DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE (ARCHIVO)	Solicita el expediente del interesado derechohabiente al Archivo.
9		Envía expediente al Área de Atención al Público.
10		Recibe expediente del Archivo y anexa documentación presentada por el derechohabiente y Solicitud M-11.
11		Acumula expedientes integrados durante el día.
12	DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE (ASIGNACIÓN DE DERECHOS)	Formula una Relación de los Expedientes en original y copia.
13		Envía al Área de Asignación de Derechos el original de la Relación con los Expedientes anexos, recaba acuse en la copia y archiva.
14		Recibe el original de la Relación con los expedientes anexos, firma acuse y archiva.
15		Revisa en cada expediente la Solicitud (M-11) y verifica fecha de pago de la indemnización global y el importe bruto de la misma.
16	ATENCIÓN AL PÚBLICO	Efectúa cálculos para obtener el importe total a reintegrar (indemnización global e intereses causados).
17		Requisita original y tres copias la "Liquidación por Reintegro de Fondos".
18		Anexa el original y tres copias de la Liquidación a expediente y envía al Área de Atención al Público.
19		Recibe expediente y actualiza la Tarjeta de Seguimiento.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



**10. TRÁMITE DE REINTEGRO DE  
INDEMNIZACIÓN GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3899

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
20		Archiva expediente hasta que se presente el derechohabiente, de acuerdo a fecha indicada en el Talón de Solicitud.
21	DERECHOHABIENTE O BENEFICIARIO	Acude al Área de Atención al Público de la Delegación que le corresponda y entrega Talón de Solicitud.
22	ATENCIÓN AL PÚBLICO	Recibe Talón de Solicitud y localiza expediente del extrabajador indemnizado.
23		Entrega al derechohabiente: Original, 1ª y 2ª copia de la Liquidación, recabando acuse de recibo en la 3ª copia.
24	ATENCIÓN AL PÚBLICO	Informa al derechohabiente el día en que deberá realizar el pago y el día en que se presentará con la 1ª copia sellada por la Caja del Departamento de Finanzas.
25	DERECHOHABIENTE O BENEFICIARIO	Recibe original, 1ª y 2ª copia de la Liquidación por Reintegro de Fondos para realizar el pago correspondiente.
26		Realiza el pago y regresa al Departamento de Pensiones, Seguridad e Higiene (Área de Atención al Público) para entregar la 1ª copia de la Liquidación sellada, según fecha indicada.
27	ATENCIÓN AL PÚBLICO	Recibe la copia sellada y requisita el Formato "Trabajadores Indemnizados" (M-04).
28		Incorpora la 1ª copia de la Liquidación en el expediente y lo envía al archivo para su custodia permanente.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B





## 10. TRÁMITE DE REINTEGRO DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día

Mes

Año

21

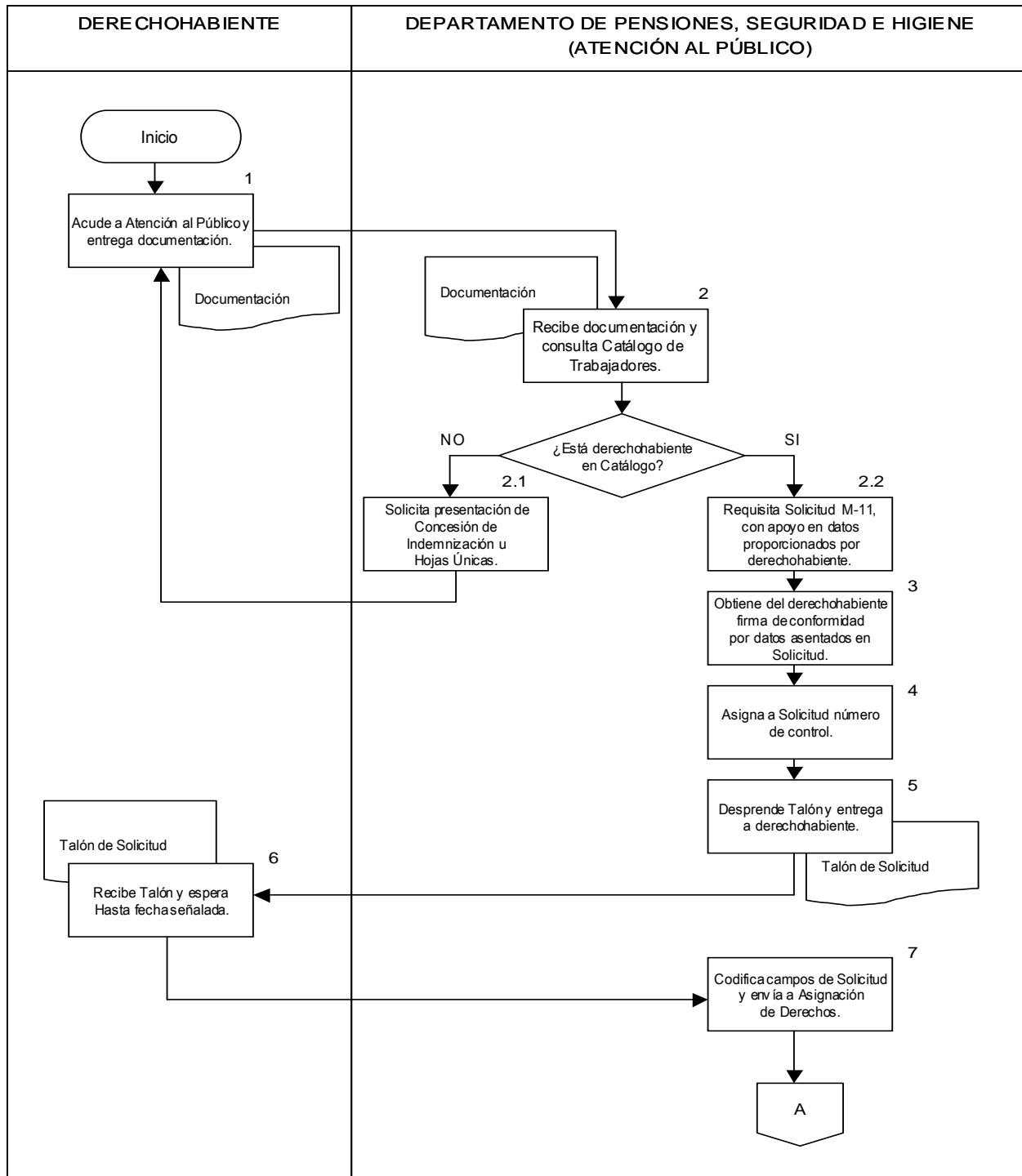
12

2007

No. de Página

3901

#### 4. DIAGRAMA DE FLUJO



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



## 10. TRÁMITE DE REINTEGRO DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

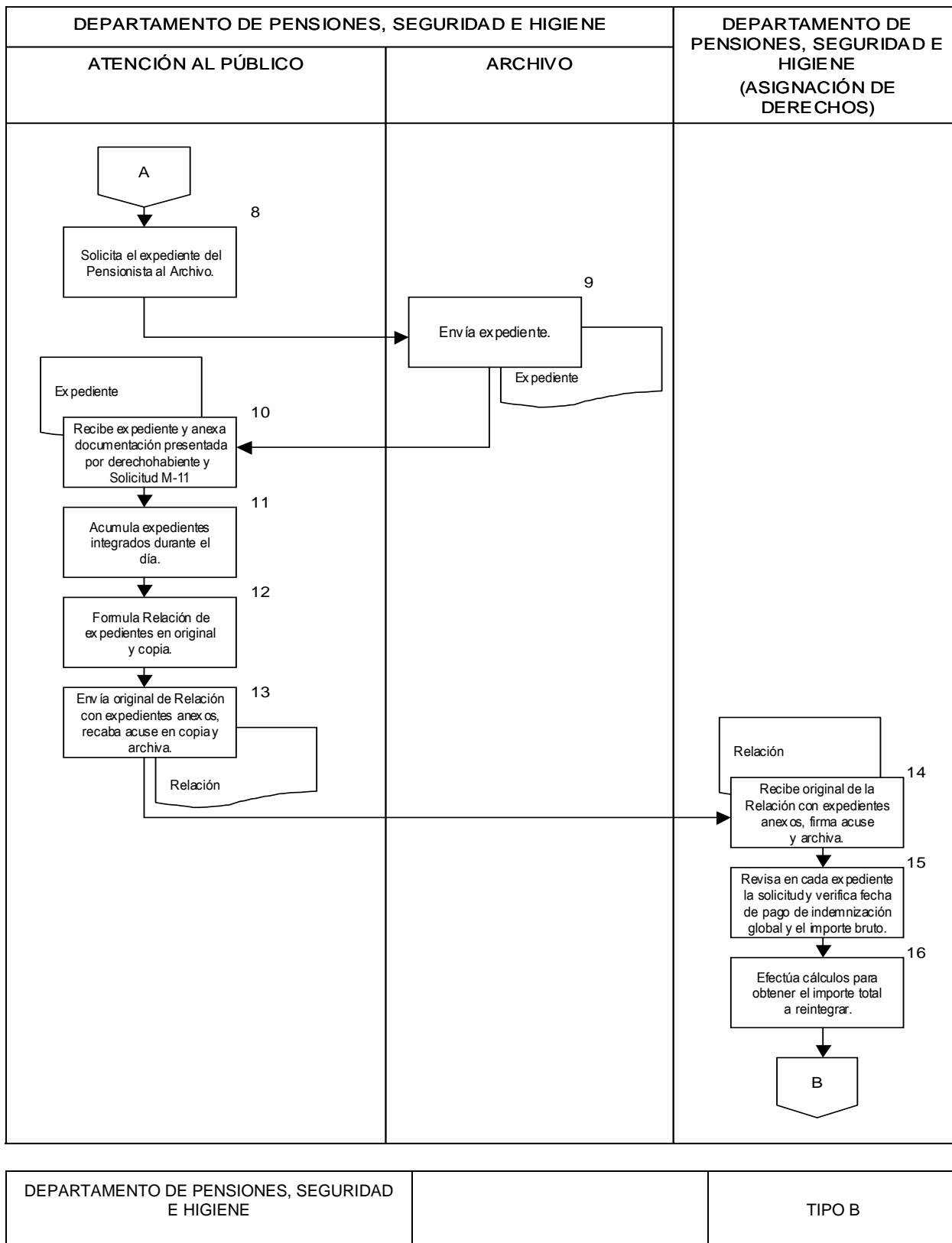
Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3902





## 10. TRÁMITE DE REINTEGRO DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día

Mes

Año

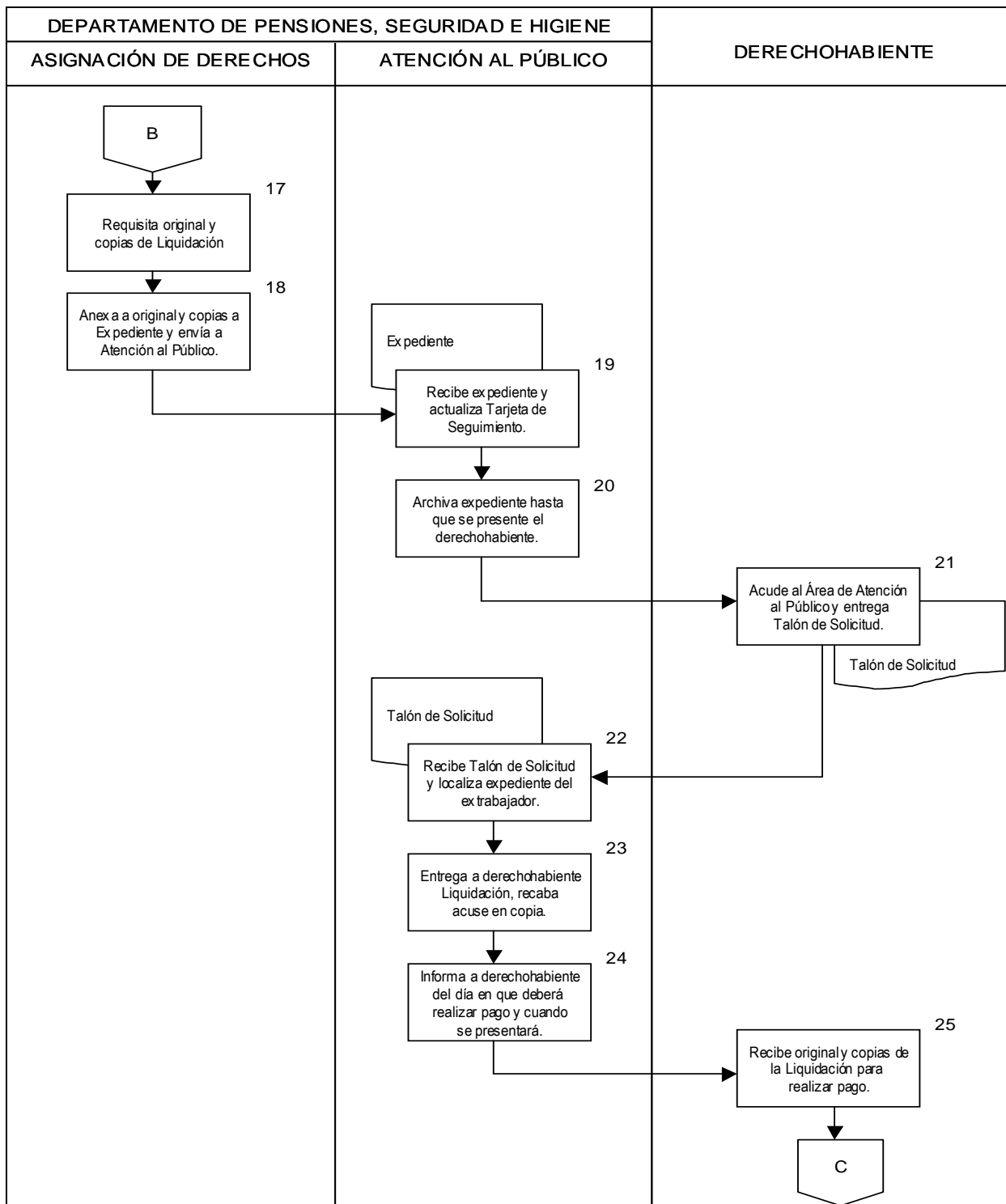
No. de Página

21

12

2007

3903



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



## 10. TRÁMITE DE REINTEGRO DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

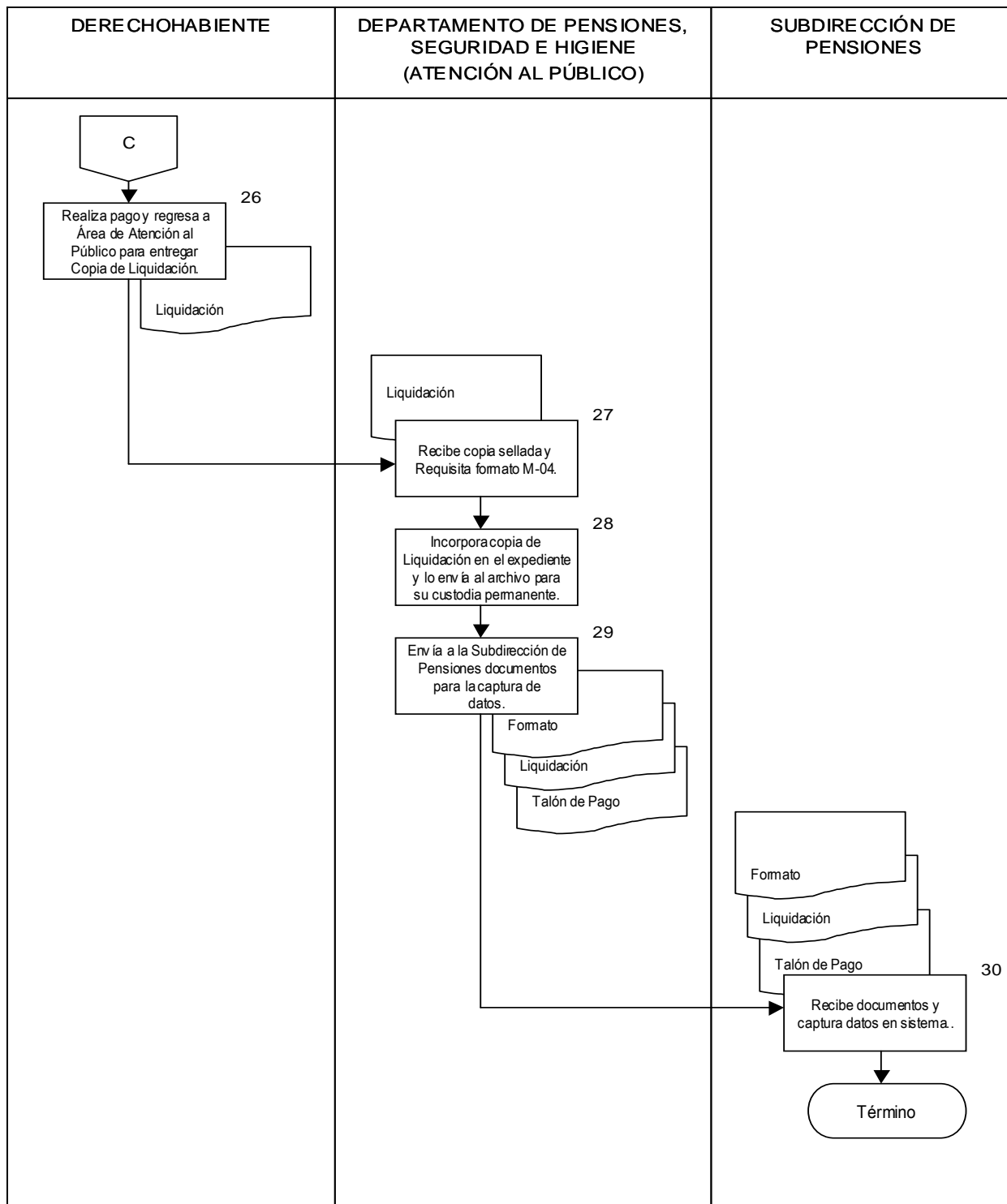
Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3904



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



# 10. TRÁMITE DE REINTEGRO DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3905

### 5. REGISTROS

Nombre del Registro	Almacenamiento	Ordenado por	Tiempo de Retención	Protección	Disposición

### 6. REFERENCIAS

1. Guía para la Operación del Archivo de Expedientes Pensionarios.
2. Compendio de Controles y Catálogos.
3. Catálogo de Trabajadores Indemnizados (TRSIG)

### 7. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

### 8. ANEXOS

- a. Liquidación por Reintegro de Fondos.
- b. Solicitud de Reintegro de Indemnización Global (M-11).
- c. Trabajadores Indemnizados (M-04).

### 9. RESUMEN DE CAMBIOS

Página	Punto ó Sección del Documento	Resumen y Motivo del Cambio
	Todo el documento	Simplificación, se dio orden a las actividades y se aclaró la redacción.

Nombre	Nombre	Nombre
Elaboró	Revisó	Aprobó

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B





**10. TRÁMITE DE REINTEGRO DE  
INDEMNIZACIÓN GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3906

## **8. ANEXOS**



10. TRÁMITE DE REINTEGRO DE  
INDEMNIZACIÓN GLOBAL

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3907

a. Liquidación por Reintegro de Fondos



Instituto de Seguridad  
y Servicios Sociales  
de los Trabajadores  
del Estado

Liquidación por  
Reintegro de Fondos

Delegación: 1  
Subdelegación de Prestaciones

No. de Control

2

Datos de Identificación

Nombre del Trabajador : 3 R.F.C. 4

Ultimo Ramo de adscripción : 5

Concepto del Reintegro de Fondos : 6

Desglose de la Liquidación

Fondos :

<u>7</u>	\$ <u>8</u>

Intereses :

<u>9</u>	\$ <u>10</u>

Total a Reintegrar : \$ 11

Fecha límite para efectuar el reintegro : \_\_\_\_ de \_\_\_\_ 12 de 19\_\_

Formuló

Revisó

13

Nombre y Firma

14

Nombre y Firma

Sello

15

( Tesorera o Caja )

SGPE-SP-25

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



**10. TRÁMITE DE REINTEGRO DE  
INDEMNIZACIÓN GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3908

Instructivo de formato: Liquidación por Reintegro de Fondos

Clave del formato:

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	Delegación	El nombre de la Entidad Federativa, en la que se encuentra instalada la Subdelegación del Instituto.
2	Nº. de Control	Folio compuesto de siete dígitos (los dos primeros identifican a la Entidad de Trámite y los cinco restantes deben ser iguales a los consignados en la Solicitud de referencia).
3	Datos de identificación Nombre del Trabajador	El nombre completo del trabajador que generó el derecho a la indemnización global cuyo importe se reintegra.
4	R.F.C.	El Registro Federal de Contribuyente que corresponde al trabajador indemnizado.
5	Último Ramo de adscripción :	La denominación de la Dependencia, Entidad o Agrupación en la que causó baja definitiva el trabajador, antes de solicitar la indemnización global aludida.
6	Concepto de Reintegro de Fondos:	La especificación de que se trata de un reintegro de indemnización global, así como el motivo que origina dicho reintegro.
7	Desglose de la Liquidación de Fondos	Las fechas de inicio y término que se tomaron como referencia para calcular el monto de la indemnización global que se reintegra.
8	\$	El importe bruto de la indemnización global concedida.
9	Intereses	Las fechas de inicio y término que sirven de base para calcular el monto de los intereses originados.
10	\$	El importe de los intereses causados desde la fecha de inicio (con la que principia el período de la indemnización global), hasta la fecha de término (la de recepción de la Solicitud de Reintegro).
11	Total a Reintegrar \$	La suma de los importes de Fondos e Intereses (8 + 10 = 11).

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



**10. TRÁMITE DE REINTEGRO DE  
INDEMNIZACIÓN GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3909

Instructivo de formato: Liquidación por Reintegro de Fondos

Clave del formato:

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
12	Fecha límite para efectuar el reintegro:	El día, mes y año en que el solicitante del reintegro deberá hacer efectivo el pago ante el Instituto.
13	Formuló (Nombre y Firma)	El nombre de la persona que elabora la Liquidación por Reintegro de Fondos y su firma autógrafa.
14	Revisó (Nombre y firma)	El nombre del Jefe del Departamento de Pensiones y su firma autógrafa.
15	Sello (Tesorería o Caja)	El sello impreso por la Tesorería o Caja del Instituto, cuando el solicitante haga el pago por este concepto.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



## 10. TRÁMITE DE REINTEGRO DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3910

### b. Solicitud de Reintegro de Indemnización Global (M-11)



Instituto de Seguridad  
y Servicios Sociales  
de los Trabajadores  
del Estado

#### Solicitud de Reintegro Indemnización Global Movimiento 11

Subdirección General de Prestaciones Económicas  
Subdirección de Pensiones

##### Datos del Trabajador

Apellido Paterno (1)  
Apellido Materno  
Nombre(s)

##### Domicilio

Calle (2)  
Colonia  
Población o Ciudad  
Estado  
No. Ext. No. Int.  
Código Postal

##### Datos del Solicitante

(Sólo en caso de fallecimiento del Trabajador)

Apellido Paterno (3)  
Apellido Materno  
Nombre(s)  
Parentesco: (4)

##### Protesto lo necesario

(5)  
Firma

##### Lugar del Trámite

Delegación (10)

##### Codificó

(12) (13)  
Nombre Firma

##### Comprobante (Para el Interesado)

No. de Control (6)  
Nombre: (15)  
R.F.C. (7)  
Favor de presentarse el día (16) de 19

##### PARA USO EXCLUSIVO DEL INSTITUTO

No. de Control (6)

R.F.C. (7)  
Letras Números

Homónimo (8)

Fecha de Solicitud (9)  
Año Mes Día

Entidad de Trámite (11)

Cifras de Control "G" (14)

##### SELLO

(17)  
Día Mes Año  
Fecha de Recepción (18)



**10. TRÁMITE DE REINTEGRO DE  
INDEMNIZACIÓN GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3911

Instructivo de formato: Solicitud de Reintegro de Indemnización Global

Clave del formato:  
(M-11)

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	(A N V E R S O ) Datos del Trabajador Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)	El nombre completo de la persona que recibió anteriormente la Indemnización Global.
2	DOMICILIO Calle N°. Ext., N° Int. Colonia, Código Postal, Población o Ciudad Estado	La ubicación física y geográfica de la casa donde se considera que legalmente reside la persona que fue indemnizada.
3	Datos del Solicitante (Sólo en caso de fallecimiento del Trabajador) Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)	El nombre completo del familiar que pretende realizar el reintegro de la Indemnización Global.
4	Parentesco	Vínculo y relación que existe entre el solicitante y el trabajador fallecido.
5	Protesto lo necesario Firma  PARA USO EXCLUSIVO DEL INSTITUTO	La rúbrica del trabajador o en su caso del solicitante, autenticando los datos anteriores.
6	N° de Control	Folio consecutivo compuesto de cinco dígitos (ver Compendio de Controles y Catálogos).
7	R.F.C	El Registro Federal de Contribuyentes que corresponda al trabajador indemnizado, de acuerdo con las reglas establecidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



**10. TRÁMITE DE REINTEGRO DE  
INDEMNIZACIÓN GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3912

Instructivo de formato: Solicitud de Reintegro de Indemnización Global

Clave del formato:  
(M-11)

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
8	Homónimo	Código que será estructurado directamente por el sistema computarizado, cuando se identifiquen dos o más registros iguales.
9	Fecha de Solicitud	El año, mes y día en que se formula la solicitud, utilizando dos dígitos para cada concepto.
10	Lugar de Trámite Delegación:	El nombre de la Entidad Federativa en la que se encuentra instalada la Subdelegación del I.S.S.S.T.E.
11	Entidad de Trámite	La clave que identifica a la Entidad Federativa en donde se produce el ingreso de la Solicitud al Instituto (ver Catálogo de Entidades Federativas de Trámite).
12	Codificó Nombre	El nombre y apellido paterno de la persona adscrita al Área de Atención al Público que requisitó la Solicitud.
13	Firma	La rúbrica de la persona citada en el párrafo anterior.
14	Cifra de Control "G"	La sumatoria de las claves y códigos numéricos que se encuentran localizados en el lado derecho de la solicitud (la operación algebraica se hará tomando como referencia la posición del signo más (+) ).
15	Nombre	El nombre completo del trabajador o familiar que pretende realizar el reintegro de la Indemnización Global.
16	Favor de presentarse el ....	La fecha en que deberá presentarse el interesado a recibir informes sobre el resultado de su trámite.
17	SELLO	El sello oficial usado por el Área de Atención al Público.
18	Día Mes Año Fecha de Recepción	El día, mes y año en que se acepta la solicitud para el reintegro de la Indemnización Global, utilizando dos dígitos por cada concepto.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B







## 10. TRÁMITE DE REINTEGRO DE INDEMNIZACIÓN GLOBAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3914

#### OBSERVACIONES:

##### Acción

**A = Alta** ( Cuando se otorgue una Indemnización Global, por operación manual previa autorización de Oficinas Centrales, Jefatura de Servicios de Asignación de Derechos ).

**B = Baja** ( Cuando se trate de error en captura, o bien termino de vigencia legal, ).

**R = Reintegro de Fondos**  
( Si el ex-trabajador, reingresare al Servicio Público, además anexar copia fotostática de recibo de caja, debidamente sellado y firmado por la tesorería ).

**Nota:** Los campos con asterisco no se reportan en Baja.

##### + N° de Control

- Las dos primeras posiciones identifican a la Entidad Federativa de trámite.
- Las dos posiciones siguientes, especifican la Nómina de - - Proceso.
- Las tres últimas posiciones determinan el folio secuencial asignado al trámite.

##### + Tipo

- 131 = A petición del ex-trabajador por baja voluntaria ( Renuncia )
- 134 = A petición del ex-trabajador por baja necesaria ( Invalidez )
- 137 = A petición de los familiares del ex-trabajador fallecido



**10. TRÁMITE DE REINTEGRO DE  
INDEMNIZACIÓN GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3915

Instructivo de formato: Trabajadores Indemnizados

Clave del formato:  
M-04

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	DELEGACIÓN  REPORTE EXCLUSIVO DEL INSTITUTO	El nombre de la Entidad Federativa en la que se encuentra instalada la Delegación del Instituto.
2	ACCIÓN	La letra "R", por tratarse de un movimiento de reintegro de indemnización global. (Se anotará en el Archivo Maestro de Trabajadores Indemnizados la letra "R").
3	+Nº DE CONTROL	Folio compuesto de siete dígitos (los dos primeros identifican a la Entidad de Trámite y los cinco restantes deben ser iguales a los consignados en la solicitud de referencia).
4	FECHA DE SOLICITUD	El año, mes y día en que se formula la solicitud de Indemnización Global, utilizando dos dígitos para cada concepto.
5	+R.F.C.	El Registro Federal de Contribuyente que corresponde al ex-trabajador que generó el derecho a la indemnización global (deberá coincidir con el que aparece en la solicitud de referencia).
6	+HOMÓNIMO	Se anotarán ceros "000" en este espacio (sólo si no existiese un registro homónimo).
7	NOMBRE DEL EX- TRABAJADOR (NO SE GRABA EN BAJA)	El apellido paterno, materno y nombre(s) completo(s) del ex-trabajador).

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



**10. TRÁMITE DE REINTEGRO DE  
INDEMNIZACIÓN GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3916

Instructivo de formato: Trabajadores Indemnizados

Clave del formato:

M-04

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
8	+IMPORTE BRUTO	<p>La cantidad en pesos que se calculó como el producto total de la indemnización global (antes de aplicar cualquier descuento).</p> <p>Nota: Se antepone ceros a la izquierda del importe bruto, hasta acumular ocho posiciones.</p> <p>Ejemplo:</p> $\$7,354.22 = 007354.22$
9	+TIPO */	<p>El código que corresponda de acuerdo con la causa que propició la baja del ex-trabajador en el servicio activo.</p>
10	NOMBRE DEL DEUDO	<p>El apellido paterno, materno y nombre(s) completo(s) del deudo que solicita la indemnización global por fallecimiento del trabajador.</p>
11	+CÓDIGO DE RAMO */	<p>El código que identifica a la última Dependencia, Entidad o Agrupación en la que prestó sus servicios el ex-trabajador (este dato se obtiene de la(s) Hoja(s) Única(s) de Servicios presentada(s) para el trámite de la Indemnización Global).</p>
12	FECHAS +INICIO (AA-MM-DD) */	<p>La fecha inicial que se tomó como referencia para realizar el cálculo de las cuotas retenidas sobre los sueldos básicos de cotización.</p> <p>Utilizando dos dígitos para el año, dos para el mes y dos para el día.</p> <p>Ejemplo:</p> $31 \text{ de enero de } 1998 = 980131$
13	+TÉRMINO (AA-MM-DD) */	<p>La fecha final hasta la cual abarcó el cálculo de las cuotas retenidas (debe ser coincidente con la fecha de baja definitiva en el servicio), utilizando dos dígitos para el año, dos para el mes y dos para el día.</p> <p>Ejemplo:</p> $31 \text{ de mayo de } 1998 = 980531$

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



**10. TRÁMITE DE REINTEGRO DE  
INDEMNIZACIÓN GLOBAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3917

Instructivo de formato: Trabajadores Indemnizados

Clave del formato:  
M-04

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
14	= CIFRAS DE CONTROL	La sumatoria de los códigos numéricos que aparecen en el renglón. Nota: Anteponer ceros a las Cifras de Control, hasta acumular nueve posiciones.
15	OBSERVACIONES (NO SE CAPTURA)	Nota informativa o motivo por el cual se solicita el reintegro.
16	CLAVE Y FECHA DE TECLEO	(Éstos datos serán anotados por el personal de captura).
17	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PENSIONES NOMBRE Y FIRMA	El nombre y apellidos del servidor público que funja como jefe o responsable del Departamento, así como su firma autógrafa.
18	MES DE INCLUSIÓN	El nombre del mes en que se hará la inclusión de los movimientos en el Archivo Maestro de Trabajadores Indemnizados.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



11. TRÁMITE PARA EL REGISTRO DE COMISIONES MIXTAS ESTATALES DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3918

## 11. TRÁMITE PARA EL REGISTRO DE COMISIONES MIXTAS ESTATALES DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO



**11. TRÁMITE PARA EL REGISTRO DE COMISIONES MIXTAS ESTATALES DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3919

**1. OBJETIVO**

OTORGAR EL REGISTRO DE LAS COMISIONES MIXTAS DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO DE LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES DE CARÁCTER ESTATAL AFILIADAS AL RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ISSSTE.

**2. POLÍTICAS DE OPERACIÓN**

LA SUBDELEGACION DE PRESTACIONES DEBERÁ:

1. PROMOVER A TRAVÉS DE DIVERSOS MEDIOS, EN LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES DE CARÁCTER ESTATAL AFILIADAS AL RÉGIMEN DEL ISSSTE, EL REGISTRO DE LAS COMISIONES MIXTAS DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO.
2. ASESORAR SOBRE EL PROCEDIMIENTO Y REQUISITOS PARA EL REGISTRO DE LAS COMISIONES MIXTAS ESTATALES DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO.
3. PROPORCIONAR LOS FORMATOS PARA EL REGISTRO DE LAS COMISIONES MIXTAS ESTATALES DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO.



**11. TRÁMITE PARA EL REGISTRO DE COMISIONES MIXTAS ESTATALES DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

<b>Código:</b>	<b>Versión:</b>
----------------	-----------------

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página
3920

**3. DESARROLLO**

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
1	DEPENDENCIA O ENTIDAD (RESPONSABLE DE LOS RECURSOS HUMANOS)	Inicia el procedimiento  Elabora oficio para integrar la Comisión Mixta Estatal y envía el original a su homólogo del Sindicato o Sección Sindical, recaba acuse y archiva.
2	DEPENDENCIA O ENTIDAD (SINDICATO O SECCIÓN SINDICAL)	Recibe oficio, firma acuse, archiva y determina la representación sindical que formará parte de la Comisión.
3		Elabora oficio para comunicar la representación sindical y envía original a la Representación Estatal de la Dependencia, recaba acuse y archiva.
4	REPRESENTACIÓN ESTATAL DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD	Recibe oficio, firma acuse, archiva y fija fecha del evento para integrar la Comisión, notifica al Sindicato.
5	SINDICATO O SECCIÓN SINDICAL	Recibe notificación y asiste al evento de integración de la Comisión en la fecha indicada.
6	REPRESENTACIÓN ESTATAL DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD	Formaliza con el Sindicato la constitución e integración de la Comisión Mixta Estatal.
7	COMISIÓN MIXTA ESTATAL DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO	Integra documentación para el trámite de registro ante el ISSSTE: a) Acta Constitutiva (CM-1). b) Calendario de Actividades (CM-3). c) Oficio de designación de representantes de la Dependencia o Entidad. d) Oficio de designación de representantes por parte del sindicato.
8		Envía documentación de registro al Subdelegado de Prestaciones de la Delegación del ISSSTE correspondiente.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE		TIPO B
--	--	--------



**11. TRÁMITE PARA EL REGISTRO DE COMISIONES MIXTAS ESTATALES DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

<b>Código:</b>	<b>Versión:</b>
----------------	-----------------

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página
3921

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
9	SUBDELEGADO DE PRESTACIONES	Recibe documentación de la Comisión, revisa y turna al Departamento de Pensiones, Seguridad e Higiene, recaba acuse y archiva.
10	DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE	Recibe documentación, firma acuse y revisa la documentación.  ¿La documentación está completa y debidamente requisitada?
10.1		SI. Asigna clave de registro, elabora Oficio para informar al Secretario Técnico de la Comisión Mixta y turna al Subdelegado de Prestaciones para firma. Continúa en actividad 13.
10.2		NO. Elabora Oficio de Observaciones para completar la documentación y turna al Subdelegado de Prestaciones para firma.
11	SUBDELEGADO DE PRESTACIONES	Recibe Oficio, revisa, firma y envía a la Comisión Mixta Estatal, recaba acuse y archiva.
12	COMISIÓN MIXTA ESTATAL	Recibe Oficio de Observaciones, firma acuse, archiva e integra la documentación. Regresa a actividad 8.
13	SUBDELEGADO DE PRESTACIONES	Recibe Oficio, revisa, firma y envía a la Comisión Mixta.
14	COMISIÓN MIXTA ESTATAL (SECRETARIO TÉCNICO)	Recibe Oficio que informa el número de clave por el que se otorga el carácter de Comisión Mixta Estatal de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente en el Trabajo, archiva.  Termina el procedimiento

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE		TIPO B
--	--	--------





# 11. TRÁMITE PARA EL REGISTRO DE COMISIONES MIXTAS ESTATALES DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO.

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

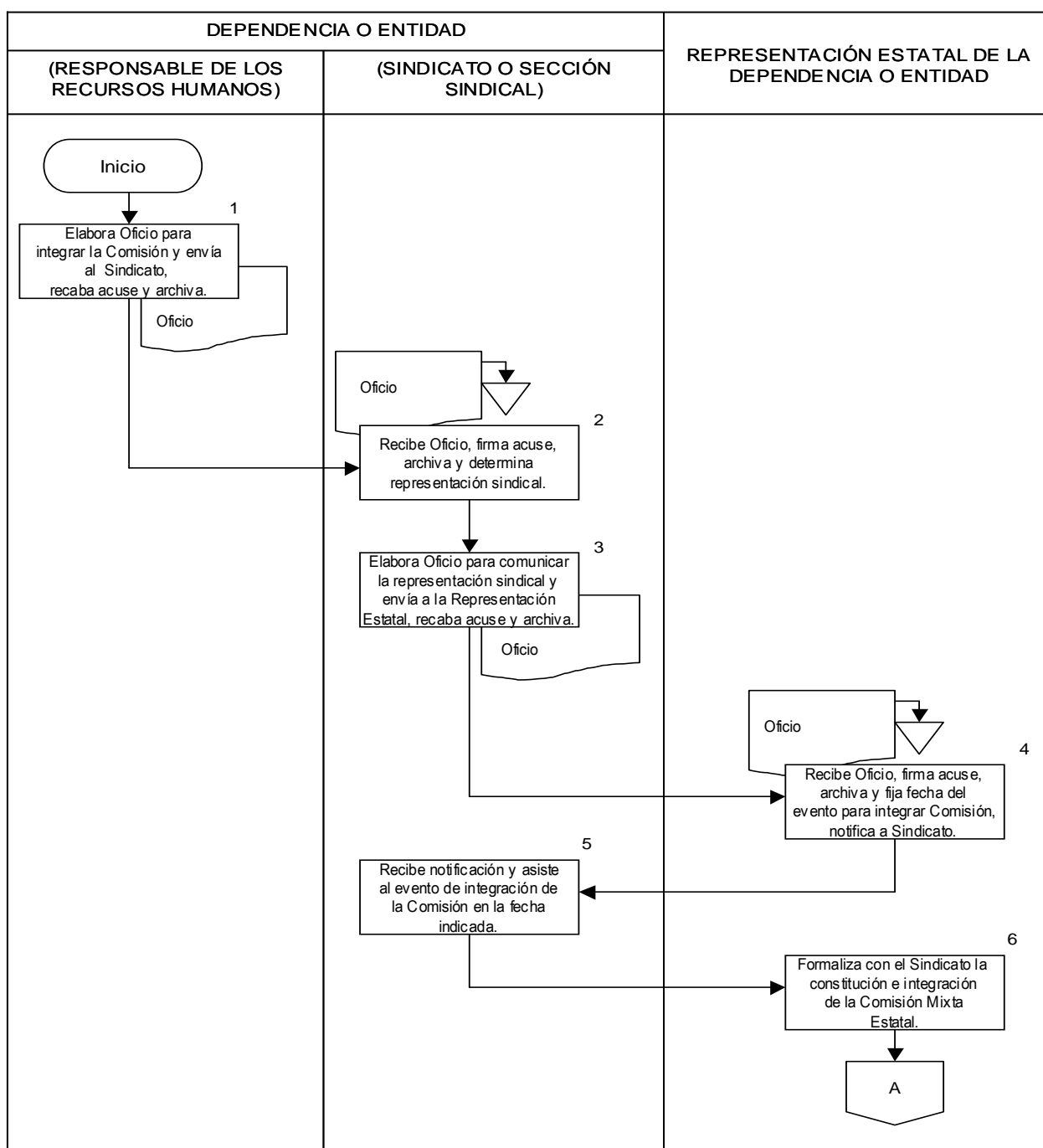
Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3922

#### 4.DIAGRAMA DE FLUJO



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



**11. TRÁMITE PARA EL REGISTRO DE COMISIONES MIXTAS ESTATALES DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

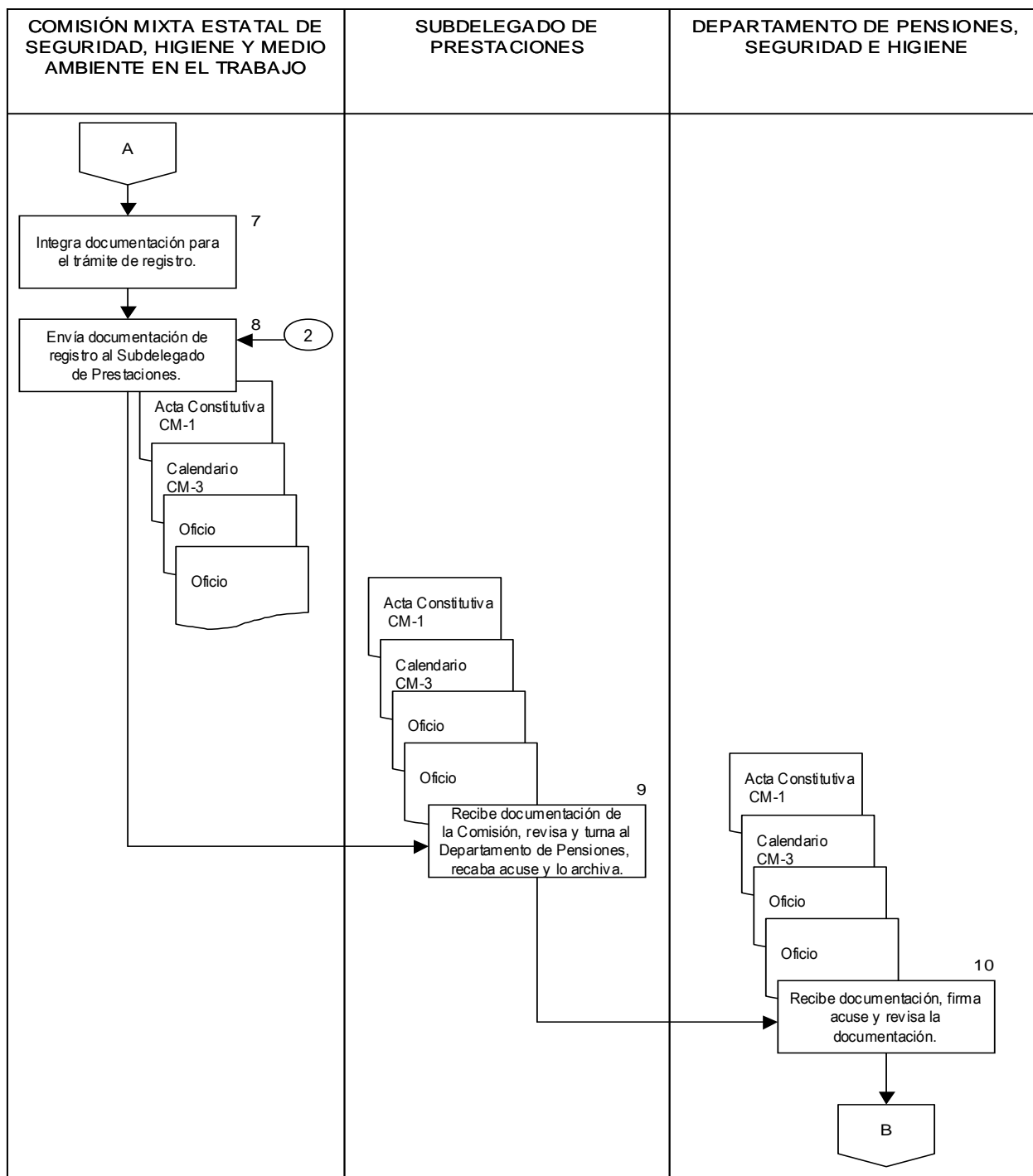
**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3923



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



**11. TRÁMITE PARA EL REGISTRO DE COMISIONES MIXTAS ESTATALES DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

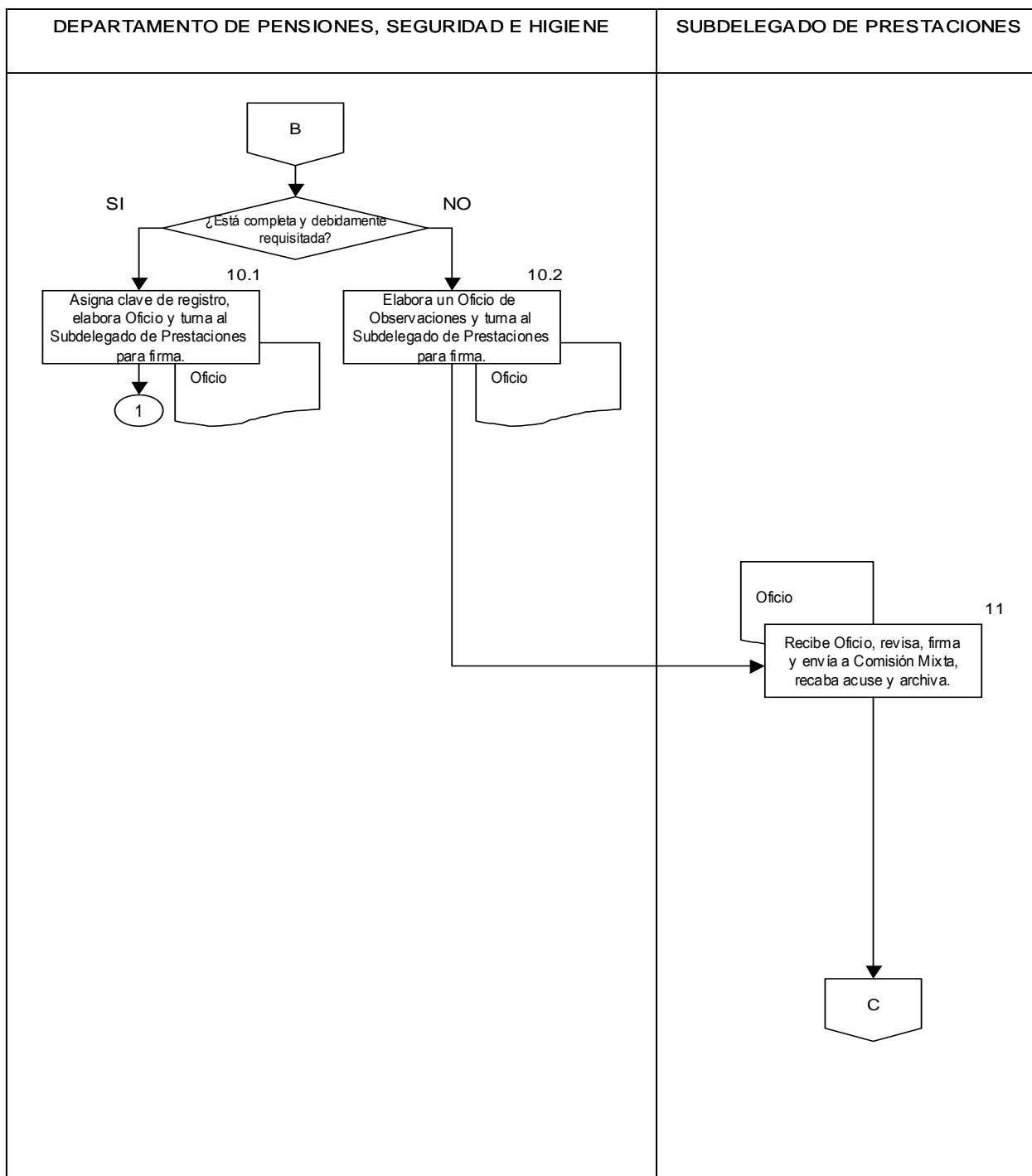
**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3924



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



**11. TRÁMITE PARA EL REGISTRO DE COMISIONES MIXTAS ESTATALES DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

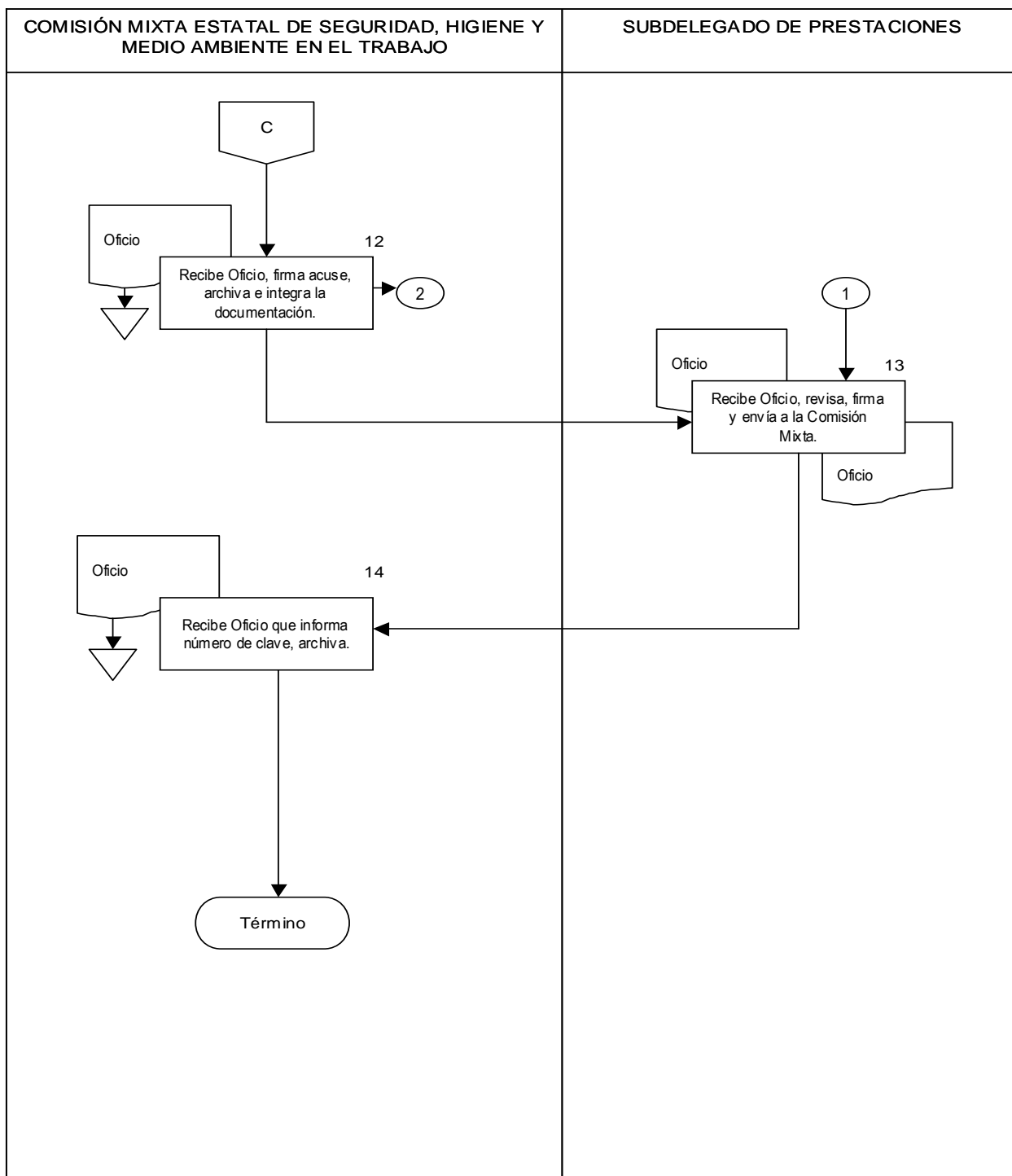
**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3925



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



**11. TRÁMITE PARA EL REGISTRO DE COMISIONES MIXTAS ESTATALES DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3926

**5. REGISTROS**

Nombre del Registro	Almacenamiento	Ordenado por	Tiempo de Retención	Protección	Disposición

**6. REFERENCIAS**

**7. TÉRMINOS Y DEFINICIONES**

Comisión Mixta Estatal: deberá constituirse en las dependencias y entidades que tengan presencia exclusiva en la entidad federativa.

**8. ANEXOS**

- a. Acta Constitutiva (CM-1)
- b. Calendario de Actividades (CM-3)

**9. RESUMEN DE CAMBIOS**

Página	Punto ó Sección del Documento	Resumen y Motivo del Cambio
	Todo el documento	Simplificación, se dio orden a las actividades y se aclaró redacción.

Nombre Elaboró	Nombre Revisó	Nombre Aprobó
-------------------	------------------	------------------

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



11. TRÁMITE PARA EL REGISTRO DE COMISIONES MIXTAS ESTATALES DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

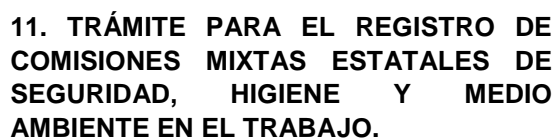
No. de Página

3927

## 8. ANEXOS

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



## SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

**Versión:**

<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
21	12	2007

3928

## PROCEDIMIENTOS

### Subdelegación de Prestaciones

Departamento de Pensiones y Seguridad e Higiene  
Registro de Comisiones Mixtas Estatales de Seguridad,  
Higiene y Medio Ambiente en el Trabajo



**COMISION MIXTA DE SEGURIDAD,  
HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO  
ESTATAL**

CENTRO DE TRABAJO: | | | | | | | | | | | |


DEPENDENCIA:


RAMO:

— 114 —

FECHA DE FORMACION

2					
---	--	--	--	--	--

CLAVE:

[illegible]

TIPO B



**11. TRÁMITE PARA EL REGISTRO DE COMISIONES MIXTAS ESTATALES DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3929

**1. DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO**

1.1.DENOMINACION

1.2.UBICACION:  
CALLE Y No.

CD.Y ENT.FED.

COLONIA.

C.P. Y TELEFONO.

1.3.DEPENDENCIA O  
ENTIDAD.

1.4.No.DE TRABAJADORES

1.5. TURNOS DE TRABAJO

DIURNO ☐

NOCTURNO ☐

MIXTO ☐

**2. ORGANIZACION SINDICAL**

2.1. NOMBRE

2.2.DOMICILIO:

CALLE Y No.

CD. Y ENT.FED.

COLONIA:

C.P. Y TELEFONO.

**3. DATOS DE LA REUNION**

3.1.FECHA:

A A A A

M M D D

3.2. HORA:

3.3. LUGAR:

CENTRO DE TRABAJO ☐

SEDE SINDICAL ☐

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B





**11. TRÁMITE PARA EL REGISTRO DE COMISIONES MIXTAS ESTATALES DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3930

**4. INTEGRACION DE LAS REPRESENTACIONES**

**4.1. REPRESENTACION OFICIAL:**

	APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRES	PUESTO	FIRMA
P R O P I E T A R I O S					
S U P L E N T E S					

**4.2. REPRESENTACION SINDICAL:**

	APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRES	PUESTO	FIRMA
P R O P I E T A R I O S					
S U P L E N T E S					

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



**11. TRÁMITE PARA EL REGISTRO DE COMISIONES MIXTAS ESTATALES DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3931

**5. SECRETARIO TECNICO**

5.1. NOMBRE:

5.2. SECTOR:

OFICIAL

SINDICAL

5.3. PERIODO:

A A A A

M M D D

A

A A A A

M M

D D

5.4. ACEPTACION DEL CARGO:

**6. DOCUMENTACION ANEXA**

6.1. DESIGNACION DE REPRESENTANTES OFICIALES

NUMERO:

FECHA:

A A A A

M M

D D

AUTORIDAD EXPEDITORA:

6.2. DESIGNACION DE REPRESENTANTES SINDICALES

NUMERO:

FECHA:

A A A A

M M

D D

AUTORIDAD EXPEDITORA:

6.3. CALENDARIO DE ACTIVIDADES

A A A A

M M D D

A

A A A A

M M

D D

**7. FIRMAS DE VALIDACION**

7.1. CD. Y ENT.FED.

7.2. FECHA:

A A A A

M M

D D

RESPONSABLE ADMINISTRATIVO  
DEL CENTRO DE TRABAJO

REPRESENTACION SINDICAL

FORMATO CM-1

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



**11. TRÁMITE PARA EL REGISTRO DE COMISIONES MIXTAS ESTATALES DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

<b>Código:</b>	<b>Versión:</b>
----------------	-----------------

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página
3932

Instructivo de formato: Acta Constitutiva	Clave del formato: (CM-1)
---	------------------------------

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO DENOMINACIÓN	Nombre completo del Centro de Trabajo.
2	CALLE Y NÚMERO	Nombre de la calle y número exterior e interior.
3	CIUDAD Y ENTIDAD FEDERATIVA.	Nombre de la ciudad y abreviar nombre de la entidad federativa.
4	COLONIA	Anotará el nombre de la colonia en donde está ubicado el Centro de Trabajo.
5	CÓDIGO POSTAL Y TELÉFONO	Anotará código postal y teléfono si ésta tuviere.
6	DEPENDENCIA O ENTIDAD.	Nombre de la dependencia o entidad a la que pertenece.
7	NO. DE TRABAJADORES	Total de trabajadores que coticen al ISSSTE.
8	TURNOS DE TRABAJO	Precisar con una "x" los turnos de trabajo que existan en el centro de labores.
9	NOMBRE	Nombre de la organización sindical.
10	CALLE Y NÚMERO	Nombre de la calle y número exterior e interior.
11	CIUDAD Y ENTIDAD FEDERATIVA.	Nombre de la ciudad y abreviar nombre de la entidad federativa.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE		TIPO B
---	--	--------



**11. TRÁMITE PARA EL REGISTRO DE COMISIONES MIXTAS ESTATALES DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

<b>Código:</b>	<b>Versión:</b>
----------------	-----------------

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página
3933

Instructivo de formato: Acta Constitutiva	Clave del formato: (CM-1)
---	------------------------------

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
12	COLONIA	Anotará la colonia en donde está el Centro de Trabajo.
13	CÓDIGO POSTAL Y TELÉFONO	Anotará código postal y teléfono si ésta tuviere.
14	FECHA	Anotar fecha en que se constituyó la Comisión Mixta Estatal de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente en el Trabajo, utilizando caracteres numéricos empezando por día, mes y año.
15	HORA	Anotar con caracteres numéricos la hora en que dió inicio la reunión, los 2 primeros números para la hora y los 2 restantes para los minutos.
16	LUGAR	Marcar con una "x" el lugar donde se llevó a cabo la reunión de la Comisión Mixta Estatal de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente en el Trabajo.
17	REPRESENTACIÓN OFICIAL	Anotará los nombres y apellidos de los integrantes de la Comisión por parte de autoridad (abreviar puesto) y su firma.
18	REPRESENTACIÓN SINDICAL	Anotará los nombres y apellidos de los integrantes (abreviar puesto) de la Comisión por parte del sindicato y su firma.
19	NOMBRE	Anotar apellido paterno, materno y nombre del secretario técnico.
20	SECTOR	Marcar con una "x" el sector al que pertenezca el miembro de la Comisión que haya sido electo.
21	PERIODO	Anotar día, mes y año de inicio y término de la gestión del secretario técnico.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE		TIPO B
--	--	--------



**11. TRÁMITE PARA EL REGISTRO DE COMISIONES MIXTAS ESTATALES DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

<b>Código:</b>	<b>Versión:</b>
----------------	-----------------

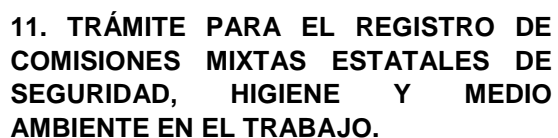
Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página
3934

Instructivo de formato: Acta Constitutiva	Clave del formato: (CM-1)
---	------------------------------

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
22	ACEPTACIÓN DEL CARGO	Firma autógrafa del secretario técnico estampada.
23	NÚMERO	Número y fecha de oficio con que se hizo la designación de la representación institucional.
24	AUTORIDAD EXPEDITORA	Anotar el cargo de la autoridad que designó a los miembros, por parte de la dependencia o entidad.
25	NÚMERO	Número y fecha de oficio con el que se hizo la designación de la representación sindical.
26	AUTORIDAD EXPEDITORA	Anotar el cargo de la autoridad que designó a los miembros, por parte de la dependencia u organismo.
27	CALENDARIO DE ACTIVIDADES	Anotar las fechas dentro de las cuales estén programadas las actividades.
28	CIUDAD Y ENTIDAD FEDERATIVA.	Nombre de la ciudad y abreviar nombre de la entidad federativa.
29	FECHA	Anotar la fecha en que se efectúa la validación contenida en el formato.
30	RESPONSABLE ADMINISTRATIVO DEL CENTRO DE TRABAJO	Recabar la firma de los funcionarios que hayan verificado la corrección de los datos asentados en el formato.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE		TIPO B
--	--	--------



## SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

**Versión:**

<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
21	12	2007

3935

## PROCEDIMIENTOS

### Subdelegación de Prestaciones

**NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:** Registro de Comisiones Mixtas Estatales de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente en el Trabajo.

## CLAVE DE LA C.M.S.H.

[illegible]

PERIODO:

--	--	--	--	--	--

A

--	--	--	--	--	--

		A A A A M M D D A A A A M M D D											
No.	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	ENE-MAR	ABR-JUN	JUL-SEP	OCT-DIC							

L	U	G	A	R		

--	--	--	--	--	--

E. FED.

[illegible]

A	A	A	A

--	--

	M	M
--	---	---

$\frac{1}{2}$     $\frac{1}{2}$

**F E C H A**

REPRESENTACION OFICIAL		REPRESENTACION SINDICAL	
N O M B R E	F I R M A	N O M B R E	F I R M A

FORMATO CM-3

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



**11. TRÁMITE PARA EL REGISTRO DE COMISIONES MIXTAS ESTATALES DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

<b>Código:</b>	<b>Versión:</b>
----------------	-----------------

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página
3936

Instructivo de formato: Calendario de Actividades	Clave del formato: (CM-3)
---	------------------------------

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	CLAVE DE LA COMISIÓN MIXTA	Deberá omitir el número de clave por desconocerlo.
2	PERIODO	Se anotará el periodo de inicio y final de dicho calendario.
3	NÚMERO	Las actividades que se calendaricen serán numeradas de manera progresiva.
4	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	Se deberán anotar las acciones que la Comisión pretenda llevar, describiéndolas de manera resumida.
5	UNIDAD DE MEDIDA	Se deberá anotar de acuerdo a la actividad de que se trate, por ejemplo: verificaciones, cursos, folletos, carteles, juntas, etc.
6	TRIMESTRE	Se deberá marcar con una "x" el trimestre cuando se lleven a cabo las actividades.
7	LUGAR	Se anotará la ciudad en que se ubique el Centro de Trabajo.
8	ENTIDAD FEDERATIVA	Se anotará la entidad federativa donde se ubique la ciudad.
9	FECHA	Se anotará en orden el día, mes y año de la formulación del calendario de actividades.
10	REPRESENTACIÓN OFICIAL	Se anotarán nombres y apellidos con sus respectivas firmas.
11	REPRESENTACIÓN SINDICAL	Se anotarán nombres y apellidos con sus respectivas firmas.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE		TIPO B
--	--	--------



12. TRÁMITE PARA EL REGISTRO DE COMISIONES MIXTAS AUXILIARES DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3937

## 12. TRÁMITE PARA EL REGISTRO DE COMISIONES MIXTAS AUXILIARES DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO





**12. TRÁMITE PARA EL REGISTRO DE COMISIONES MIXTAS AUXILIARES DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3938

**1. OBJETIVO**

OTORGAR EL REGISTRO DE LAS COMISIONES MIXTAS AUXILIARES DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO EN CADA UNO DE LOS CENTROS DE TRABAJO DE LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES AFILIADAS AL RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ISSSTE.

**2. POLÍTICAS DE OPERACIÓN**

LA SUBDELEGACION DE PRESTACIONES DEBERÁ:

1. PROMOVER A TRAVÉS DE DIVERSOS MEDIOS, EN CADA UNO DE LOS CENTROS DE TRABAJO DE LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES AFILIADAS AL RÉGIMEN DEL ISSSTE, EL REGISTRO DE LAS COMISIONES MIXTAS AUXILIARES DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO.
2. ASESORAR SOBRE EL PROCEDIMIENTO Y REQUISITOS PARA EL REGISTRO DE LAS COMISIONES MIXTAS AUXILIARES DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO.
3. PROPORCIONAR LOS FORMATOS PARA EL REGISTRO DE LAS COMISIONES MIXTAS AUXILIARES DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO.



**12. TRÁMITE PARA EL REGISTRO DE COMISIONES MIXTAS AUXILIARES DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

<b>Código:</b>	<b>Versión:</b>
----------------	-----------------

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página
3939

**3. DESARROLLO**

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
1	COMISIÓN MIXTA AUXILIAR DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO	Inicia el procedimiento
2		Integra documentación para el trámite de registro ante el ISSSTE: e) Acta Constitutiva (CM-1). f) Calendario de Actividades (CM-3). g) Oficio de designación de representantes de la Dependencia o Entidad. h) Oficio de designación de representantes del sindicato.
3		Envía documentación de registro al Subdelegado de Prestaciones de la Delegación del ISSSTE correspondiente.
4	SUBDELEGADO DE PRESTACIONES	Recibe documentación de la Comisión, revisa y turna al Departamento de Pensiones, Seguridad e Higiene, recaba acuse y archiva.
4.1		Recibe documentación, firma acuse y revisa la documentación.  ¿La documentación está completa y debidamente requisitada?
4.2	DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE	SI. Asigna clave de registro, elabora Oficio para informar al Secretario Técnico de la Comisión Mixta y turna al Subdelegado de Prestaciones para firma. Continúa en actividad 7.
5		NO. Elabora un Oficio de Observaciones para completar la documentación y turna al Subdelegado de Prestaciones para firma.
	SUBDELEGADO DE PRESTACIONES	Recibe Oficio, revisa, firma y envía a la Comisión Mixta Auxiliar, recaba acuse y archiva.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE		TIPO B
--	--	--------



**12. TRÁMITE PARA EL REGISTRO DE COMISIONES MIXTAS AUXILIARES DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3940

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
6	COMISIÓN MIXTA AUXILIAR	Recibe Oficio de Observaciones, firma acuse, archiva e integra la documentación (Regresa a actividad 2)
7	SUBDELEGADO DE PRESTACIONES	Recibe Oficio, revisa, firma y envía a la Comisión Mixta.
8	COMISIÓN MIXTA AUXILIAR (SECRETARIO TÉCNICO)	Recibe Oficio que informa el número de clave por el que se otorga el carácter de Comisión Mixta Auxiliar de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente en el Trabajo, archiva.  Termina el procedimiento.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



**12. TRÁMITE PARA EL REGISTRO DE COMISIONES MIXTAS AUXILIARES DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

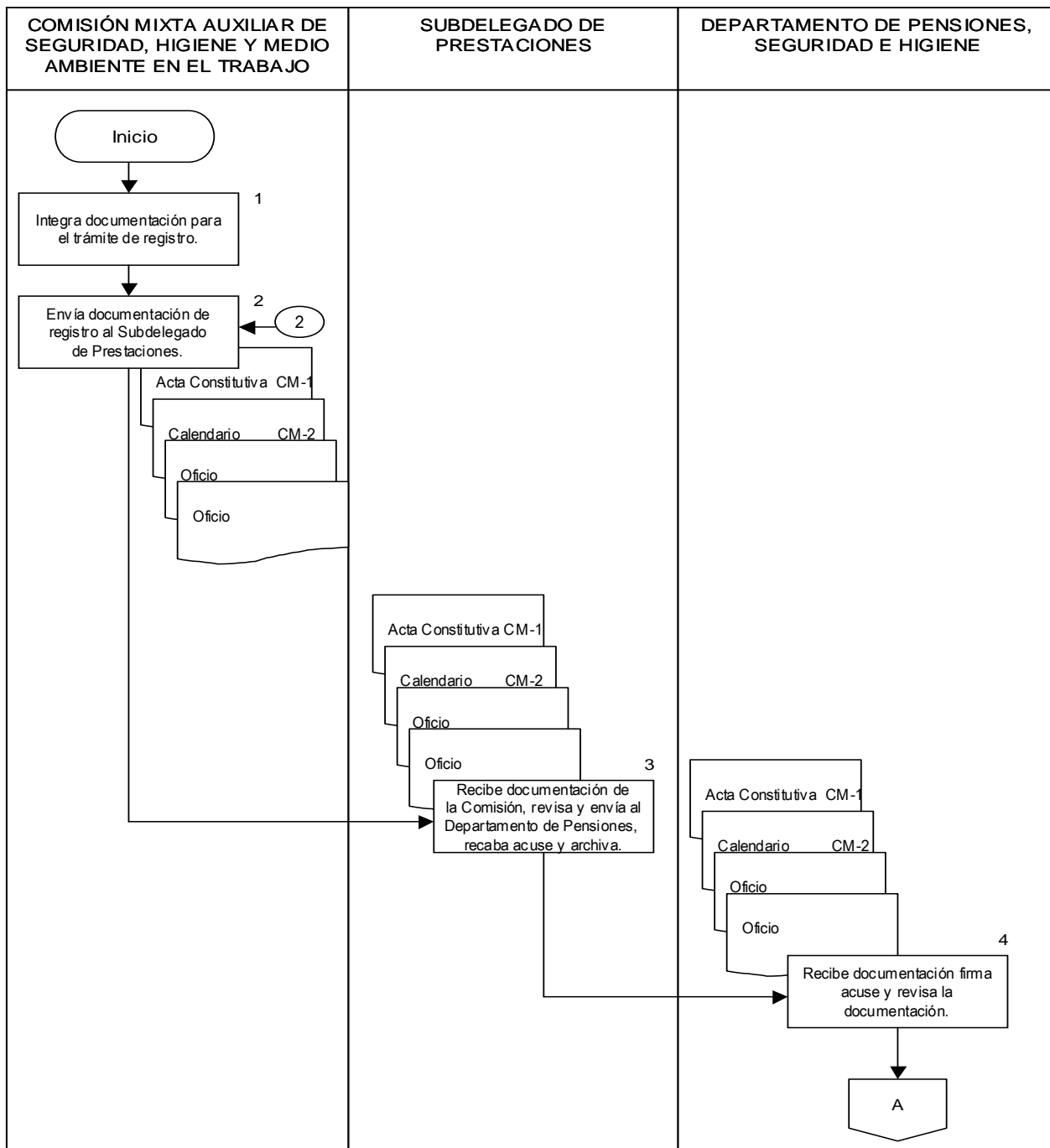
**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3941

**4. DIAGRAMA DE FLUJO**



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



**12. TRÁMITE PARA EL REGISTRO DE COMISIONES MIXTAS AUXILIARES DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

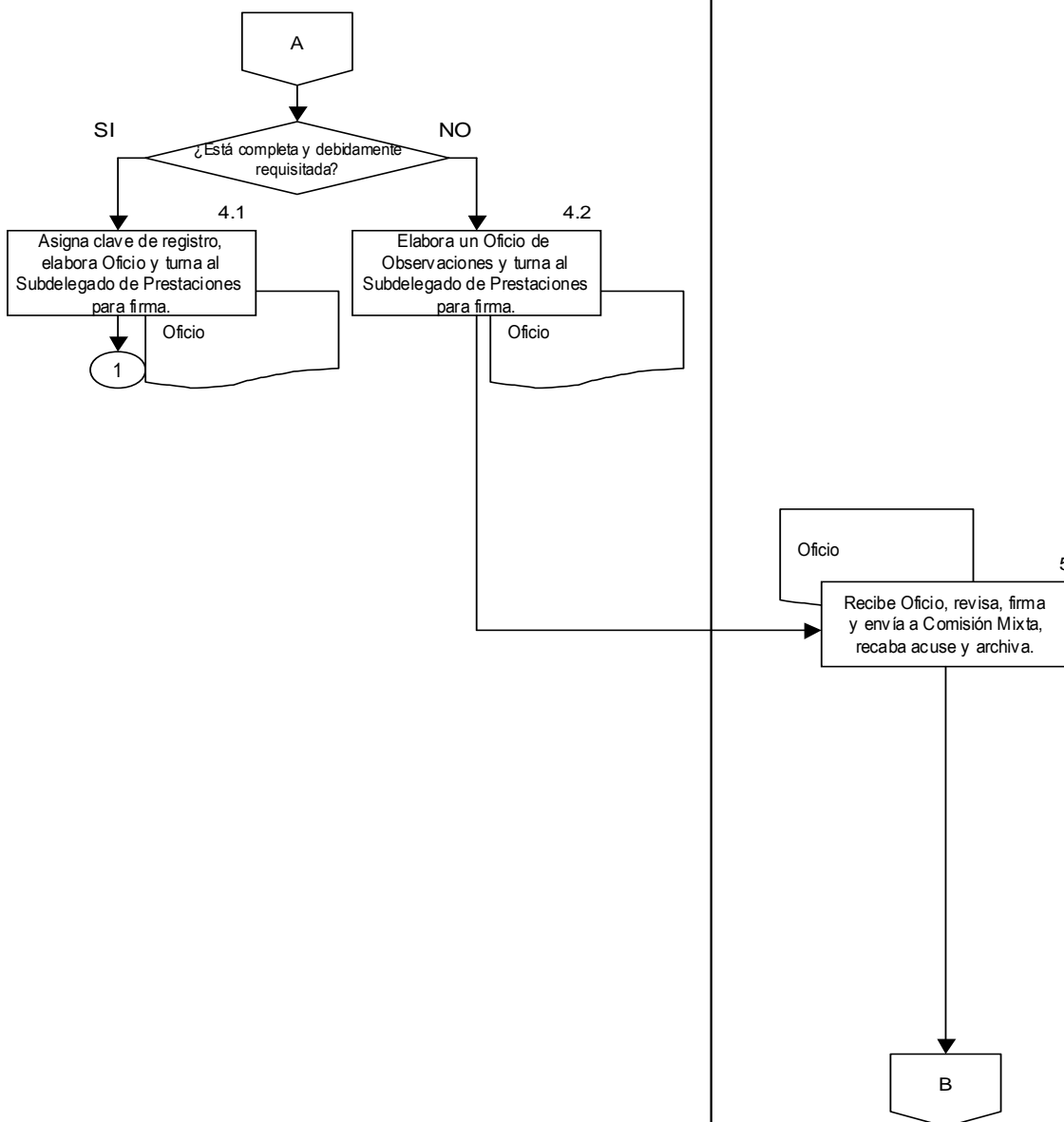
Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3942

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

SUBDELEGADO DE PRESTACIONES



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



**12. TRÁMITE PARA EL REGISTRO DE COMISIONES MIXTAS AUXILIARES DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

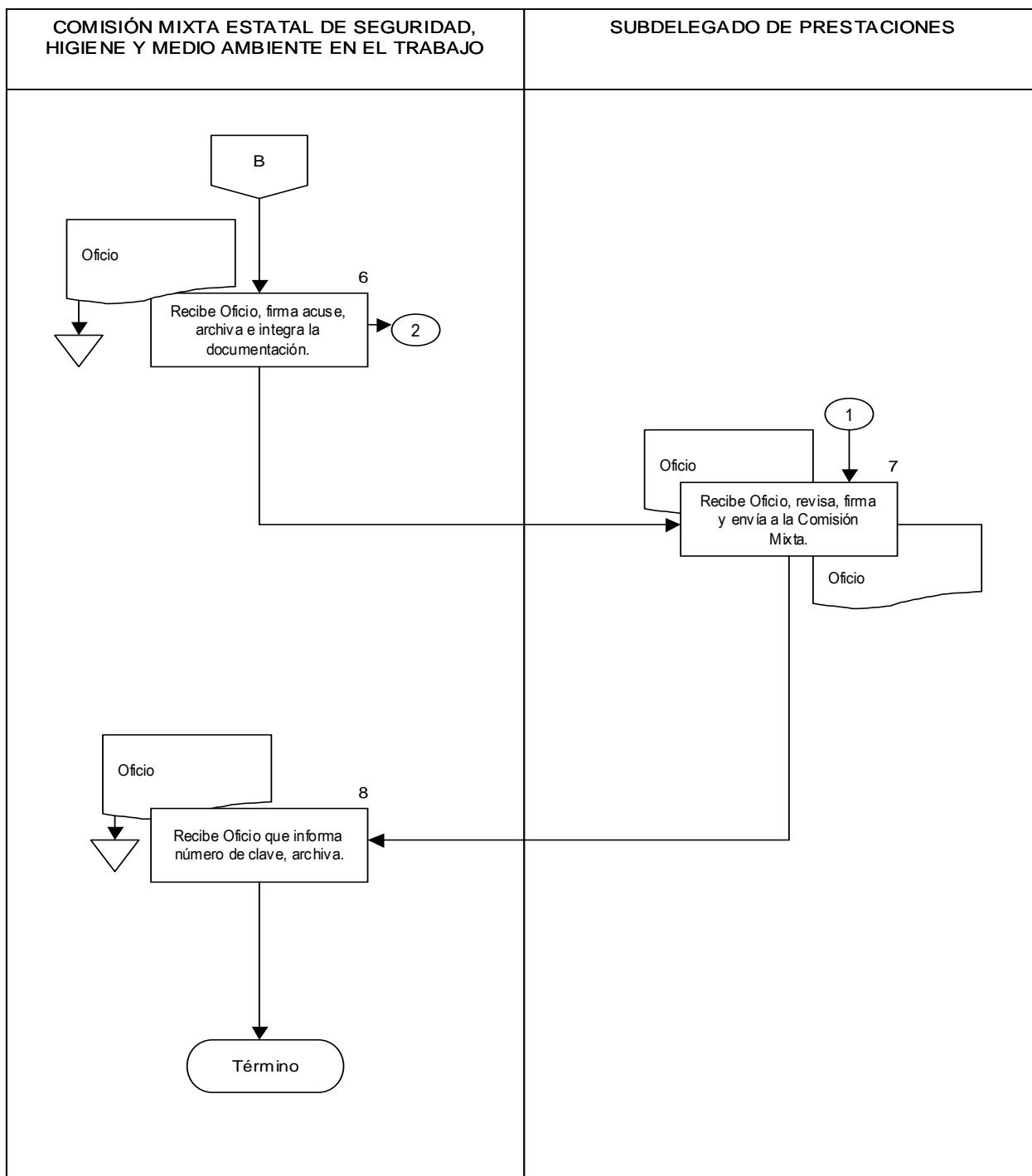
**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3943



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



**12. TRÁMITE PARA EL REGISTRO DE COMISIONES MIXTAS AUXILIARES DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3944

**5. REGISTROS**

Nombre del Registro	Almacenamiento	Ordenado por	Tiempo de Retención	Protección	Disposición

**6. REFERENCIAS**

**7. TÉRMINOS Y DEFINICIONES**

Comisión Mixta Auxiliar: se constituye en cada centro de trabajo de las dependencias o entidades afiliadas. Ejemplo: cualquier Centro de Trabajo.

**8. ANEXOS**

- a. Acta Constitutiva (CM-1)
- b. Calendario de Actividades (CM-3)

**9. RESUMEN DE CAMBIOS**

Página	Punto ó Sección del Documento	Resumen y Motivo del Cambio
	Todo el documento	Simplificación, se dio orden a las actividades y se aclaró la redacción.

Nombre Elaboró	Nombre Revisó	Nombre Aprobó
-------------------	------------------	------------------

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



12. TRÁMITE PARA EL REGISTRO DE COMISIONES MIXTAS AUXILIARES DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

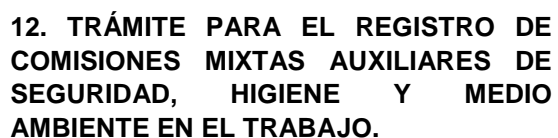
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3945

## 8. ANEXOS





## SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

**Versión:**

<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
21	12	2007

3946

## PROCEDIMIENTOS

### Subdelegación de Prestaciones

Departamento de Pensiones y Seguridad e Higiene  
Registro de Comisiones Mixtas Auxiliares de Seguridad,  
Higiene y Medio Ambiente en el Trabajo



## AUXILIAR

CENTRO DE TRABAJO: | | | | | | | | | | | | | |


DEPENDENCIA:


RAMO:

FECHA DE FORMACION

CLAVE:

[illegible]

TIPO B



**12. TRÁMITE PARA EL REGISTRO DE  
COMISIONES MIXTAS AUXILIARES DE  
SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO  
AMBIENTE EN EL TRABAJO.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3947

**1. DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO**

1.1.DENOMINACION

1.2.UBICACION:  
CALLE Y No.

CD.Y ENT.FED.

COLONIA.

C.P. Y TELEFONO.

1.3.DEPENDENCIA O  
ENTIDAD.

1.4.No.DE TRABAJADORES

1.5. TURNOS DE TRABAJO

DIURNO ☐

NOCTURNO ☐

MIXTO ☐

**2. ORGANIZACION SINDICAL**

2.1. NOMBRE

2.2.DOMICILIO:

CALLE Y No.

CD. Y ENT.FED.

COLONIA:

C.P. Y TELEFONO.

**3. DATOS DE LA REUNION**

3.1.FECHA:

A	A	A	A	M	M	D	D

3.2. HORA:

--	--	--	--

3.3. LUGAR:

CENTRO DE TRABAJO ☐

SEDE SINDICAL ☐



**12. TRÁMITE PARA EL REGISTRO DE COMISIONES MIXTAS AUXILIARES DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3948

**4. INTEGRACION DE LAS REPRESENTACIONES**

**4.1. REPRESENTACION OFICIAL:**

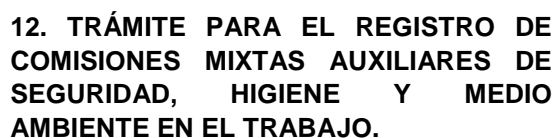
	APELLIDO PATERNO	MATERO	NOMBRES	PUESTO	FIRMA
P R O P I E T A R I O S					
S U P L E N T E S					

**4.2. REPRESENTACION SINDICAL:**

	APELLIDO PATERNO	MATERO	NOMBRES	PUESTO	FIRMA
P R O P I E T A R I O S					
S U P L E N T E S					

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



## SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

3949

## REPRESENTACION SINDICAL

TIPO B



**12. TRÁMITE PARA EL REGISTRO DE COMISIONES MIXTAS AUXILIARES DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	3950

Instructivo de formato: Acta Constitutiva	Clave del formato: (CM-1)
---	------------------------------

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO DENOMINACIÓN	Nombre completo del Centro de Trabajo.
2	CALLE Y NÚMERO	Nombre de la calle y número exterior e interior.
3	CIUDAD Y ENTIDAD FEDERATIVA.	Nombre de la ciudad y abreviar nombre de la entidad federativa.
4	COLONIA	Anotará nombre de la colonia en donde está ubicado el Centro de Trabajo.
5	CÓDIGO POSTAL Y TELÉFONO	Anotará código postal y teléfono si ésta tuviere.
6	DEPENDENCIA O ENTIDAD.	Nombre de la dependencia o entidad a la que pertenece.
7	NO. DE TRABAJADORES	Total de trabajadores que coticen al ISSSTE.
8	TURNOS DE TRABAJO	Precisar con una "x" los turnos de trabajo que existan en el centro de labores.
9	NOMBRE	Nombre de la organización sindical.
10	CALLE Y NÚMERO	Nombre de la calle y número exterior e interior.
11	CIUDAD Y ENTIDAD FEDERATIVA.	Nombre de la ciudad y abreviar nombre de la entidad federativa.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE		TIPO B
---	--	--------



**12. TRÁMITE PARA EL REGISTRO DE COMISIONES MIXTAS AUXILIARES DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	3951

Instructivo de formato: Acta Constitutiva	Clave del formato: (CM-1)
---	------------------------------

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
12	COLONIA	Anotará la colonia en donde está el Centro de Trabajo.
13	CÓDIGO POSTAL Y TELÉFONO	Anotará código postal y teléfono si ésta tuviere.
14	FECHA	Anotar fecha en que se constituyó la Comisión Mixta Auxiliar de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente en el Trabajo, utilizando caracteres numéricos empezando por día, mes y año.
15	HORA	Anotar con caracteres numéricos la hora en que dió inicio la reunión, los 2 primeros números para la hora y los 2 restantes para los minutos.
16	LUGAR	Marcar con una "x" el lugar donde se llevó a cabo la reunión de la Comisión Mixta Auxiliar de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente en el Trabajo.
17	REPRESENTACIÓN OFICIAL	Anotará los nombres y apellidos de los integrantes de la Comisión por parte de autoridad (abreviar puesto) y su firma.
18	REPRESENTACIÓN SINDICAL	Anotará los nombres y apellidos de los integrantes (abreviar puesto) de la Comisión por parte del sindicato y su firma.
19	NOMBRE	Anotar apellido paterno, materno y nombre del secretario técnico.
20	SECTOR	Marcar con una "x" el sector al que pertenezca el miembro de la Comisión que haya sido electo.
21	PERIODO	Anotar día, mes y año de inicio y término de la gestión del secretario técnico.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE		TIPO B
--	--	--------



**12. TRÁMITE PARA EL REGISTRO DE COMISIONES MIXTAS AUXILIARES DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

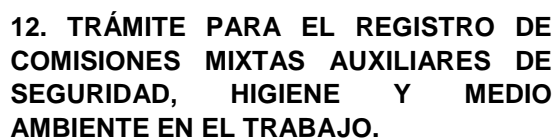
**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	3952

Instructivo de formato: Acta Constitutiva	Clave del formato: (CM-1)
---	------------------------------

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
22	ACEPTACIÓN DEL CARGO	Firma autógrafa del secretario técnico estampada.
23	NÚMERO	Número y fecha de oficio con que se hizo la designación de la representación institucional.
24	AUTORIDAD EXPEDITORA	Anotar el cargo de la autoridad que designó a los miembros, por parte de la dependencia o entidad.
25	NÚMERO	Número y fecha de oficio con el que se hizo la designación de la representación sindical.
26	AUTORIDAD EXPEDITORA	Anotar el cargo de la autoridad que designó a los miembros, por parte de la dependencia u organismo.
27	CALENDARIO DE ACTIVIDADES	Anotar las fechas dentro de las cuales estén programadas las actividades.
28	CIUDAD Y ENTIDAD FEDERATIVA.	Nombre de la ciudad y abreviar nombre de la entidad federativa.
29	FECHA	Anotar la fecha en que se efectúa la validación contenida en el formato.
30	RESPONSABLE ADMINISTRATIVO DEL CENTRO DE TRABAJO	Recabar la firma de los funcionarios que hayan verificado la corrección de los datos asentados en el formato.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE		TIPO B
--	--	--------



## SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

**Versión:**

Día	Mes	Año
21	12	2007

3953

**Instituto de Seguridad  
y Servicios Sociales  
de los Trabajadores  
del Estado**

UNIDAD ADMINISTRATIVA; Departamento de Pensiones y Seguridad e Higiene.  
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Registro de Comisiones Mixtas Auxiliares de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente en el Trabajo.

CLAVE DE LA C.M.S.H.

--	--	--	--

PERIODO:

[illegible]

A

--	--	--	--	--

[illegible]

L U G A R

[illegible]

			E. FED.
--	--	--	---------

--	--

A	A	A	A

[illegible]

	M	M
--	---	---

7

$\begin{array}{|c|c|} \hline & \\ \hline \end{array}$   $\begin{array}{|c|c|} \hline & \\ \hline \end{array}$

F E C H A

REPRESENTACION OFICIAL		REPRESENTACION SINDICAL	
N O M B R E	F I R M A	N O M B R E	F I R M A

FORMATO CM-3

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B





**12. TRÁMITE PARA EL REGISTRO DE COMISIONES MIXTAS AUXILIARES DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	3954

Instructivo de formato: Calendario de Actividades	Clave del formato: (CM-3)
---	------------------------------

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	CLAVE DE LA COMISIÓN MIXTA	Se deberá omitir el número de clave por desconocerlo.
2	PERIODO	Se anotará el periodo de inicio y final de dicho calendario.
3	NÚMERO	Las actividades que se calendaricen serán numeradas de manera progresiva.
4	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	Se deberán anotar las acciones que la Comisión pretenda llevar, describiéndolas de manera resumida.
5	UNIDAD DE MEDIDA	Se deberá anotar de acuerdo a la actividad de que se trate, por ejemplo: verificaciones, cursos, folletos, carteles, juntas, etc.
6	TRIMESTRE	Se deberá marcar con una "x" el trimestre cuando se lleven a cabo las actividades.
7	LUGAR	Se anotará la ciudad en que se ubique el Centro de Trabajo.
8	ENTIDAD FEDERATIVA	Se anotará la entidad federativa donde se ubique la ciudad.
9	FECHA	Se anotará en orden el día, mes y año de la formulación del calendario de actividades.
10	REPRESENTACIÓN OFICIAL	Se anotarán nombres y apellidos con sus respectivas firmas.
11	REPRESENTACIÓN SINDICAL	Se anotarán nombres y apellidos con sus respectivas firmas.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE		TIPO B
--	--	--------



**13. TRÁMITE PARA EL FUNCIONAMIENTO  
DE COMISIONES MIXTAS ESTATALES DE  
SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO  
AMBIENTE EN EL TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3955

**13. TRÁMITE PARA FUNCIONAMIENTO DE COMISIONES  
MIXTAS ESTATALES DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO  
AMBIENTE EN EL TRABAJO**



**13. TRÁMITE PARA EL FUNCIONAMIENTO  
DE COMISIONES MIXTAS ESTATALES DE  
SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO  
AMBIENTE EN EL TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3956

**1. OBJETIVO**

EVALUAR EL FUNCIONAMIENTO DE LAS COMISIONES MIXTAS DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO DE LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES DE CARÁCTER ESTATAL AFILIADAS AL RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ISSSTE.

**2. POLÍTICAS DE OPERACIÓN**

LA SUBDELEGACION DE PRESTACIONES DEBERÁ:

1. SUPERVISAR LA ELABORACIÓN DEL CALENDARIO ANUAL DE ACTIVIDADES Y LOS INFORMES DE LOS AVANCES DE DICHO CALENDARIO, POR PARTE DE LAS COMISIONES MIXTAS ESTATALES DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO.
2. EVALUAR SEMESTRALMENTE EL FUNCIONAMIENTO DE LAS COMISIONES MIXTAS ESTATALES DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO.
3. PROPORCIONAR LOS LINEAMIENTOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LAS COMISIONES MIXTAS ESTATALES DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO.



**13. TRÁMITE PARA EL FUNCIONAMIENTO  
DE COMISIONES MIXTAS ESTATALES DE  
SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO  
AMBIENTE EN EL TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

<b>Código:</b>	<b>Versión:</b>
----------------	-----------------

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página
3957

**3. DESARROLLO**

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
		Inicia el procedimiento
1	COMISIÓN MIXTA ESTATAL DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO (SECRETARIO TÉCNICO)	Requisita formato Calendario de Actividades (CM-3) y envía al Subdelegado de Prestaciones de la Delegación del ISSSTE correspondiente.
2	SUBDELEGADO DE PRESTACIONES	Recibe formato Calendario (CM-3) y turna al Departamento de Pensiones, Seguridad e Higiene, recaba acuse y archiva.
3	DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE	Recibe formato Calendario (CM-3) y analiza que esté debidamente requisitado.
		¿Está debidamente requisitado?
3.1		SI. Elabora Oficio para solicitar a la Comisión un Informe de avances de las actividades programadas, envía y recaba acuse. Continúa en actividad 6.
3.2		NO. Elabora un Oficio de Observaciones para completar la información y turna al Subdelegado de Prestaciones para firma.
4	SUBDELEGADO DE PRESTACIONES	Recibe Oficio, revisa, firma y envía a la Comisión Mixta Estatal, recaba acuse y archiva.
5	COMISIÓN MIXTA ESTATAL	Recibe Oficio de Observaciones, firma acuse, archiva y completa la información (Regresa a actividad 1).
6		Recibe Oficio, firma acuse, archiva y elabora Informe sobre el avance y desarrollo del Calendario (CM-3).
7		Envía Informe al Subdelegado de Prestaciones.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE		TIPO B
--	--	--------



**13. TRÁMITE PARA EL FUNCIONAMIENTO  
DE COMISIONES MIXTAS ESTATALES DE  
SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO  
AMBIENTE EN EL TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

<b>Código:</b>	<b>Versión:</b>
----------------	-----------------

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página
3958

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
8	SUBDELEGADO DE PRESTACIONES	Recibe Informe, revisa y turna al Departamento de Pensiones, Seguridad e Higiene, recaba acuse y archiva.
9	DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE	Recibe Informe, firma acuse y lo analiza junto con el formato Calendario de Actividades (CM-3).
		¿El Informe cumple con las actividades señaladas en el Calendario?
9.1		SI. Registra en el Control de Cumplidos. Continúa en actividad 15.
9.2		NO. Elabora un Oficio de Motivos de las desviaciones, envía a la Comisión Mixta Estatal, recaba acuse y archiva.
10	COMISIÓN MIXTA ESTATAL	Recibe Oficio, firma acuse y archiva.
11		Elabora Informe para explicar motivos de las desviaciones y promueve el cumplimiento de éste.
12		Envía Informe al Subdelegado de Prestaciones, recaba acuse y archiva.
13	SUBDELEGADO DE PRESTACIONES	Recibe Informe, firma acuse, revisa y turna al Departamento de Pensiones, Seguridad e Higiene.
14	DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE	Recibe Informe, registra datos en el Sistema de Comisiones Mixtas y archiva.
15		Elabora Informe Anual de Actividades de las Comisiones Mixtas Estatales.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE		TIPO B
--	--	--------



**13. TRÁMITE PARA EL FUNCIONAMIENTO  
DE COMISIONES MIXTAS ESTATALES DE  
SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO  
AMBIENTE EN EL TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3959

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
16	DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE	Envía Informe a la Jefatura de Servicios de Seguridad e Higiene en el Trabajo de la Subdirección de Pensiones, recaba acuse y archiva.
17	SUBDIRECCIÓN DE PENSIONES (JEFATURA DE SERVICIOS DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO)	Recibe Informe, firma acuse y archiva.  Termina el procedimiento.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



**13. TRÁMITE PARA EL FUNCIONAMIENTO  
DE COMISIONES MIXTAS ESTATALES DE  
SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO  
AMBIENTE EN EL TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

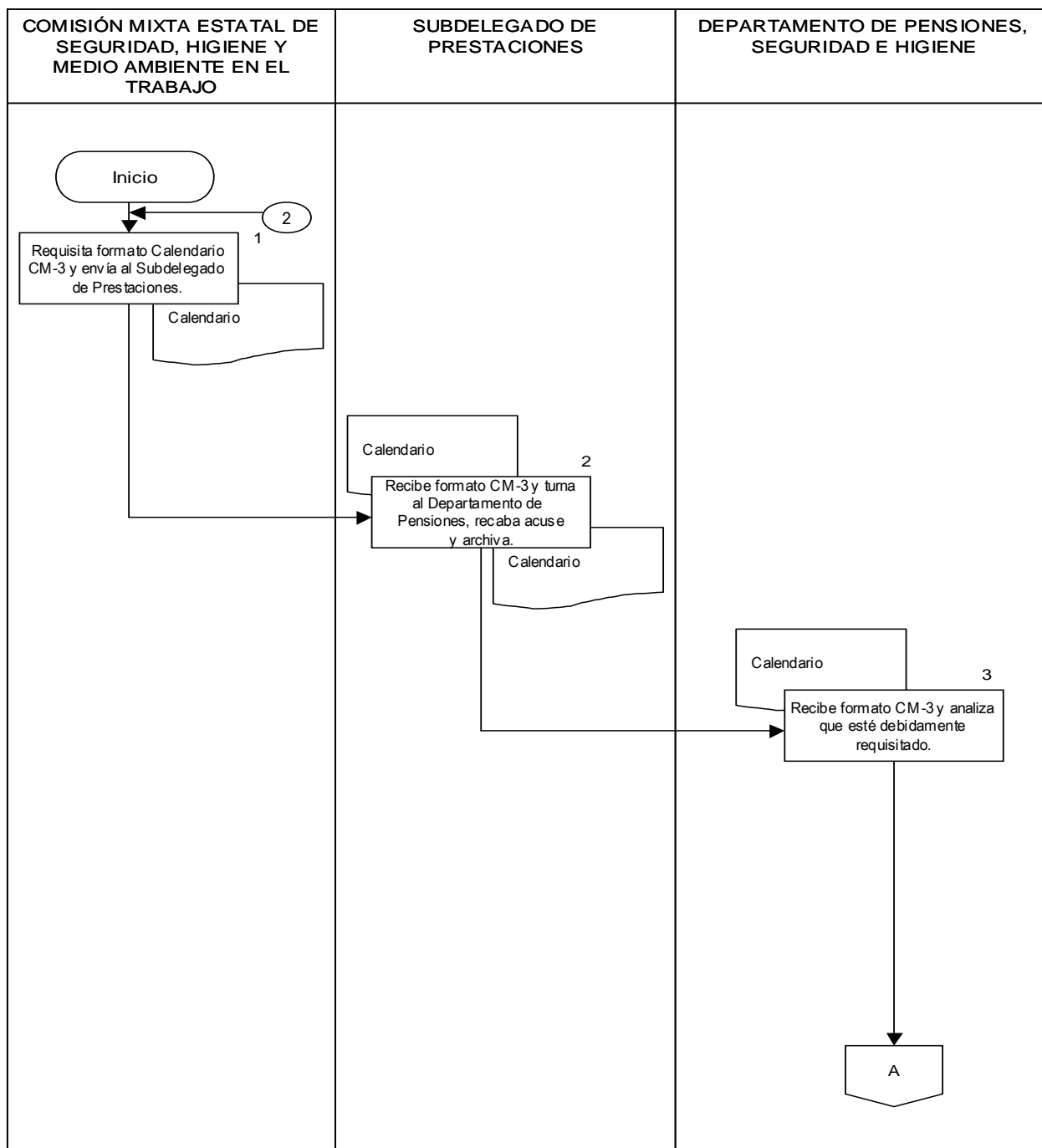
**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3960

**4. DIAGRAMA DE FLUJO**



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



**13. TRÁMITE PARA EL FUNCIONAMIENTO  
DE COMISIONES MIXTAS ESTATALES DE  
SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO  
AMBIENTE EN EL TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

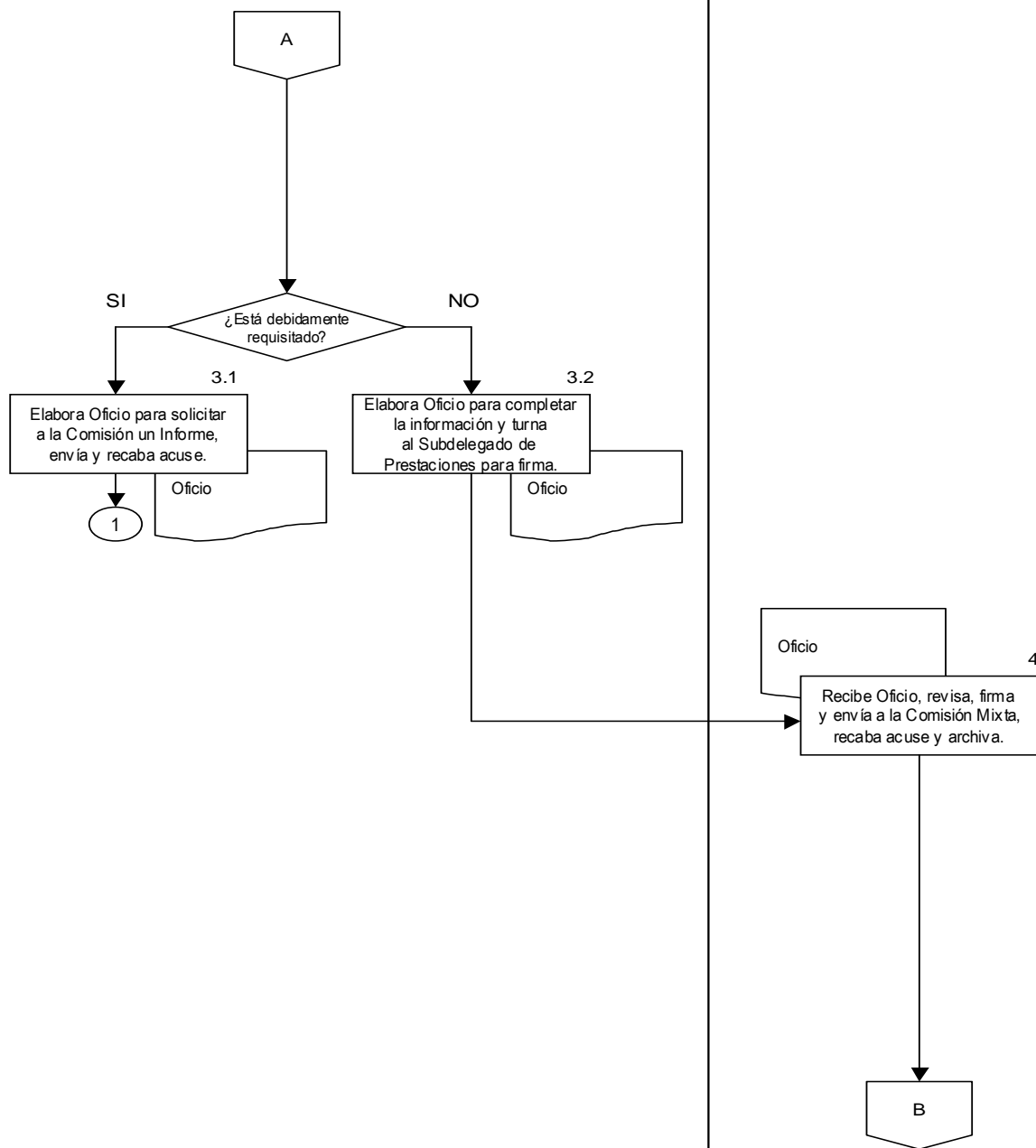
Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3961

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

SUBDELEGADO DE  
PRESTACIONES



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B





**13. TRÁMITE PARA EL FUNCIONAMIENTO  
DE COMISIONES MIXTAS ESTATALES DE  
SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO  
AMBIENTE EN EL TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

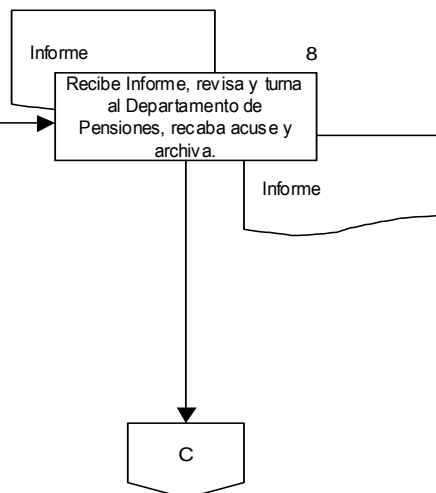
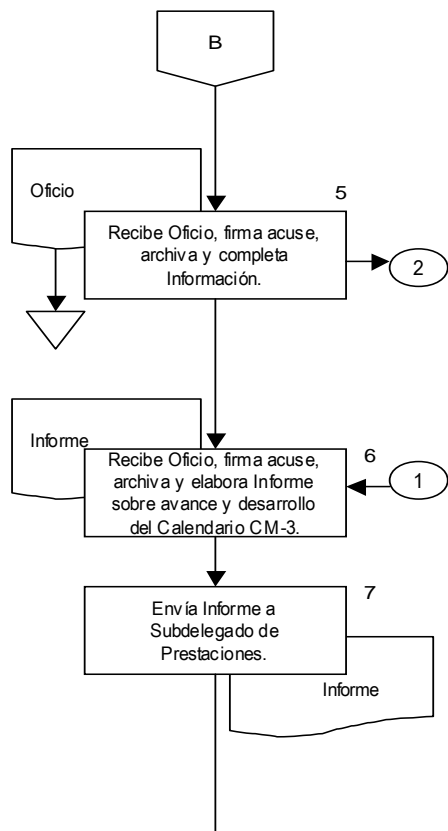
Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3962

**COMISIÓN MIXTA ESTATAL DE SEGURIDAD,  
HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO**

**SUBDELEGADO DE PRESTACIONES**



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



**13. TRÁMITE PARA EL FUNCIONAMIENTO  
DE COMISIONES MIXTAS ESTATALES DE  
SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO  
AMBIENTE EN EL TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

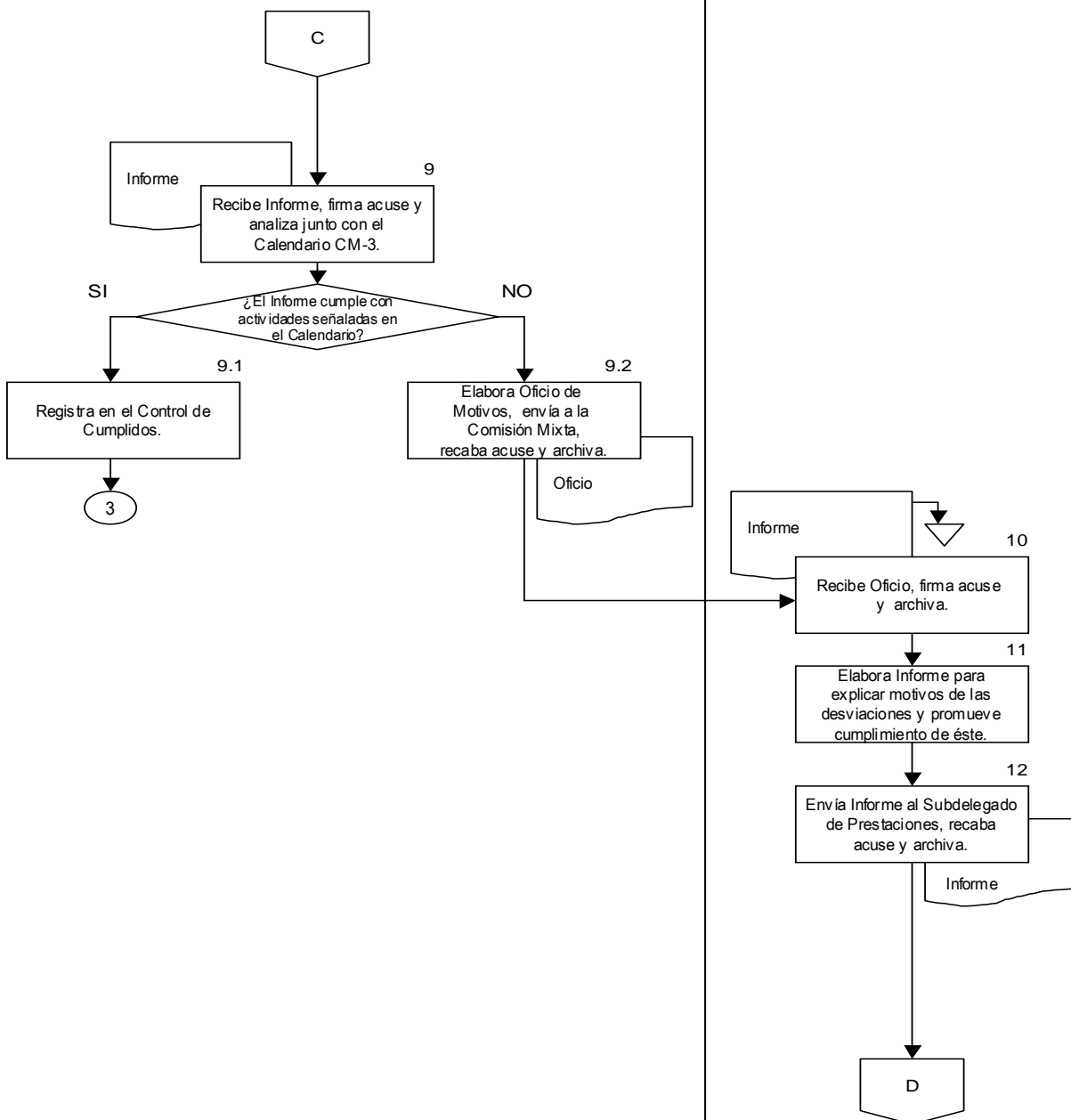
Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3963

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

COMISIÓN MIXTA ESTATAL DE  
SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO  
AMBIENTE EN EL TRABAJO



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



**13. TRÁMITE PARA EL FUNCIONAMIENTO  
DE COMISIONES MIXTAS ESTATALES DE  
SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO  
AMBIENTE EN EL TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

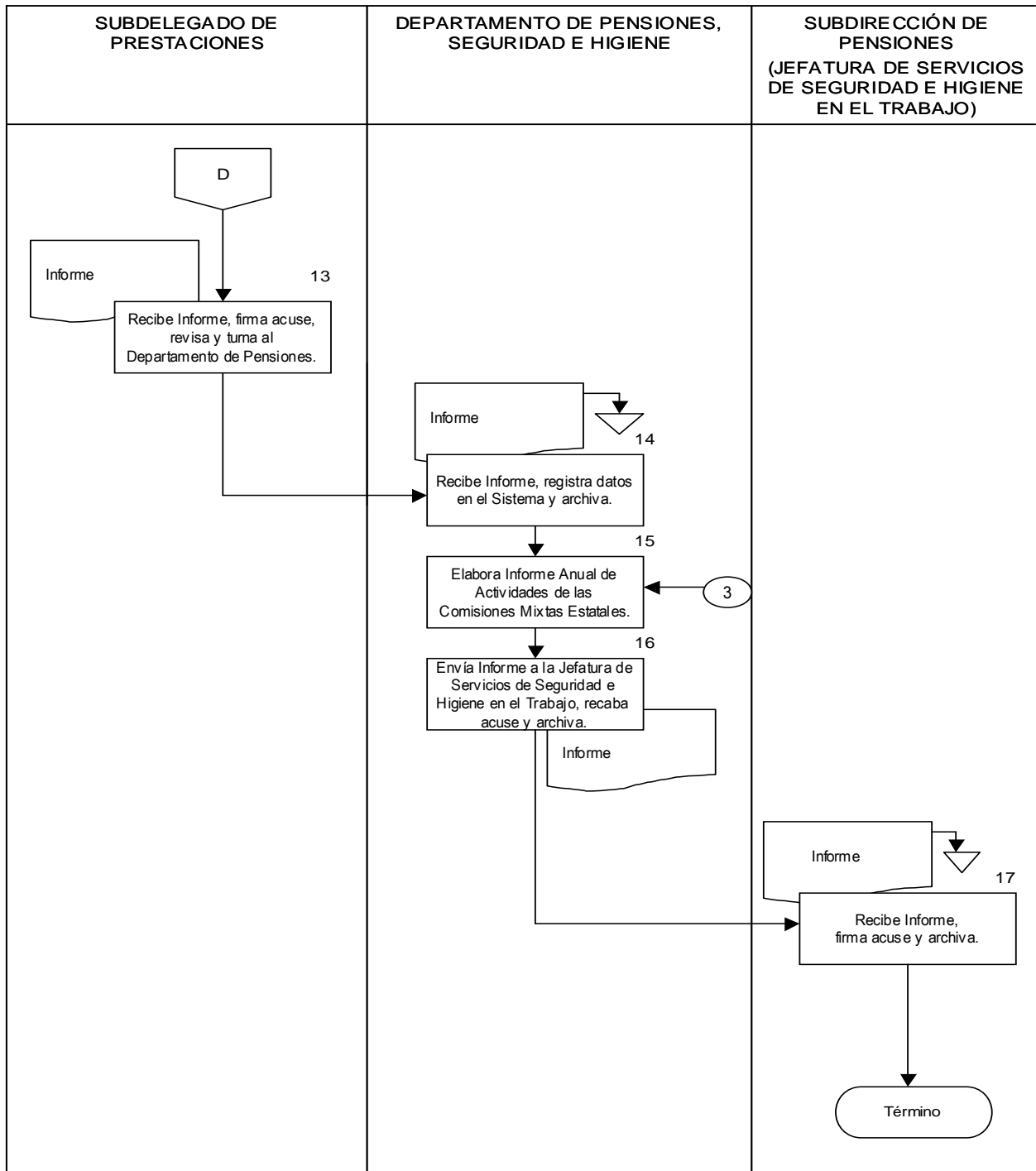
**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3964



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



**13. TRÁMITE PARA EL FUNCIONAMIENTO  
DE COMISIONES MIXTAS ESTATALES DE  
SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO  
AMBIENTE EN EL TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3965

**5. REGISTROS**

Nombre del Registro	Almacenamiento	Ordenado por	Tiempo de Retención	Protección	Disposición

**6. REFERENCIAS**

**7. TÉRMINOS Y  
DEFINICIONES**

Comisión Mixta Estatal: deberá constituirse en las dependencias y entidades que tengan presencia exclusiva en la entidad federativa.

**8. ANEXOS**

a. Calendario de Actividades (CM-3)

**9. RESUMEN DE CAMBIOS**

Página	Punto ó Sección del Documento	Resumen y Motivo del Cambio
	Todo el documento	Simplificación, se dio orden a las actividades y se aclaró la redacción.

Nombre Elaboró	Nombre Revisó	Nombre Aprobó
-------------------	------------------	------------------

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



**13. TRÁMITE PARA EL FUNCIONAMIENTO  
DE COMISIONES MIXTAS ESTATALES DE  
SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO  
AMBIENTE EN EL TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

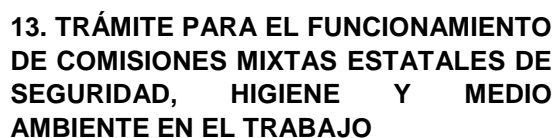
**Fecha de autorización**

<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
21	12	2007

**No. de Página**

3966

## **8. ANEXOS**



## SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

**Versión:**

<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
21	12	2007

3967

**Instituto de Seguridad  
y Servicios Sociales  
de los Trabajadores  
del Estado**

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Registro de Comisiones Mixtas Estatales de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente en el Trabajo.

**CLAVE DE LA C.M.S.H.****PERIODO:**

1

L U G A R

E. FED.

A	A	A	A

	M	M
--	---	---

D	E
---	---

F E C H A

FORMATO CM-3

TIPO B



**13. TRÁMITE PARA EL FUNCIONAMIENTO  
DE COMISIONES MIXTAS ESTATALES DE  
SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO  
AMBIENTE EN EL TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3968

Instructivo de formato: Calendario de Actividades

Clave del formato:  
(CM-3)

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	CLAVE DE LA COMISIÓN MIXTA	Se anotará clave de registro otorgada por la Subdelegación de Prestaciones.
2	PERIODO	Se anotará el periodo de inicio y final de dicho calendario.
3	NÚMERO	Las actividades que se calendaricen serán numeradas de manera progresiva.
4	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	Se deberán anotar las acciones que la Comisión pretenda llevar, describiéndolas de manera resumida.
5	UNIDAD DE MEDIDA	Se deberá anotar de acuerdo a la actividad de que se trate, por ejemplo: verificaciones, cursos, folletos, carteles, juntas, etc.
6	TRIMESTRE	Se deberá marcar con una "x" el trimestre cuando se lleven a cabo las actividades.
7	LUGAR	Se anotará la ciudad en que se ubique el Centro de Trabajo.
8	ENTIDAD FEDERATIVA	Se anotará la entidad federativa donde se ubique la ciudad.
9	FECHA	Se anotará en orden el día, mes y año de la formulación del calendario de actividades.
10	REPRESENTACIÓN OFICIAL	Se anotarán nombres y apellidos con sus respectivas firmas.
11	REPRESENTACIÓN SINDICAL	Se anotarán nombres y apellidos con sus respectivas firmas.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



**14. TRÁMITE PARA EL FUNCIONAMIENTO  
DE COMISIONES MIXTAS AUXILIARES DE  
SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO  
AMBIENTE EN EL TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3969

**14. TRÁMITE PARA FUNCIONAMIENTO DE COMISIONES  
MIXTAS AUXILIARES DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO  
AMBIENTE EN EL TRABAJO**





**14. TRÁMITE PARA EL FUNCIONAMIENTO  
DE COMISIONES MIXTAS AUXILIARES DE  
SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO  
AMBIENTE EN EL TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3970

**1. OBJETIVO**

EVALUAR EL FUNCIONAMIENTO DE LAS COMISIONES MIXTAS AUXILIARES DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO EN CADA UNO DE LOS CENTROS DE TRABAJO DE LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES AFILIADAS AL RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ISSSTE.

**2. POLÍTICAS DE OPERACIÓN**

LA SUBDELEGACION DE PRESTACIONES DEBERÁ:

1. SUPERVISAR LA ELABORACIÓN DEL CALENDARIO ANUAL DE ACTIVIDADES Y LOS INFORMES DE LOS AVANCES DE DICHO CALENDARIO, POR PARTE DE LAS COMISIONES MIXTAS AUXILIARES DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO.
2. EVALUAR TRIMESTRALMENTE EL FUNCIONAMIENTO DE LAS COMISIONES MIXTAS AUXILIARES DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO.
3. PROPORCIONAR LOS LINEAMIENTOS PARA EL ADECUADO FUNCIONAMIENTO DE LAS COMISIONES MIXTAS AUXILIARES DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO.



**14. TRÁMITE PARA EL FUNCIONAMIENTO  
DE COMISIONES MIXTAS AUXILIARES DE  
SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO  
AMBIENTE EN EL TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

<b>Código:</b>	<b>Versión:</b>
----------------	-----------------

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página
3971

**3. DESARROLLO**

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
		Inicia el procedimiento
1	COMISIÓN MIXTA AUXILIAR DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO	Realiza verificación ordinaria al Centro de Trabajo, conforme a lo establecido en el Calendario de Actividades (CM-3)
2		Requisita formato Acta de Verificación (CM-2) y elabora Oficio.
3		Envía al Subdelegado de Prestaciones el Acta de Verificación (CM-2) junto con el Oficio, recaba acuse y archiva.
4	SUBDELEGADO DE PRESTACIONES	Recibe Acta de Verificación (CM-2) y Oficio, firma acuse, revisa y turna al Departamento de Pensiones, Seguridad e Higiene.
5	DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE	Recibe Acta de Verificación (CM-2) junto con el Oficio y revisa la documentación.
		¿Está completa y debidamente requisitada?
5.1		SI. Captura datos en el Sistema de Comisiones Mixtas y archiva Acta de Verificación y Oficio. Termina procedimiento en ésta actividad.
5.2		NO. Elabora Oficio de Observaciones para completar información, envía a la Comisión Auxiliar, recaba acuse y archiva.
6	COMISIÓN MIXTA AUXILIAR	Recibe Oficio de Observaciones, firma acuse, archiva y completa la documentación. Regresa a actividad 3.  Termina el procedimiento.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE		TIPO B
---	--	--------



**14. TRÁMITE PARA EL FUNCIONAMIENTO  
DE COMISIONES MIXTAS AUXILIARES DE  
SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO  
AMBIENTE EN EL TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

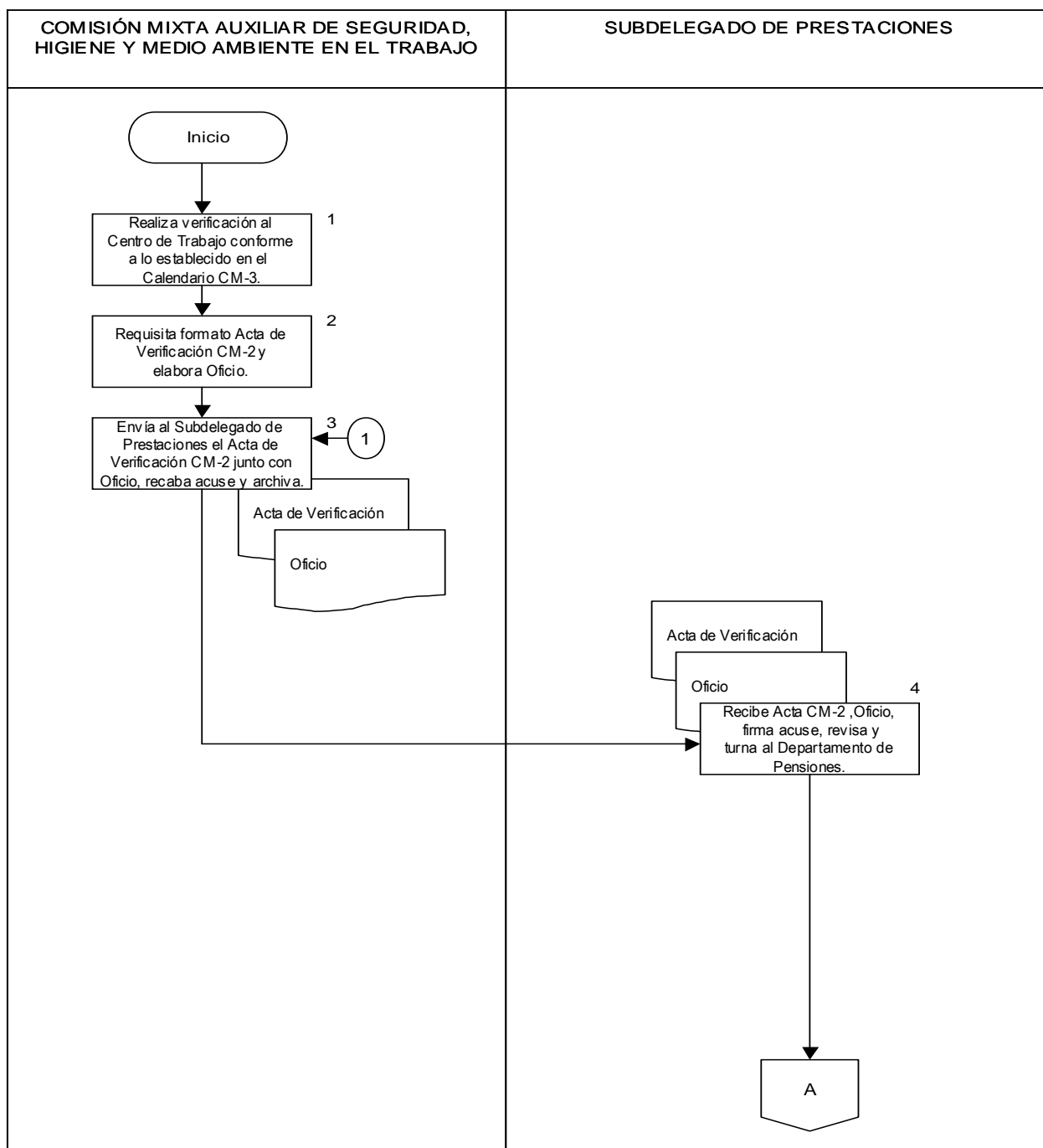
**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3972

**4. DIAGRAMA DE FLUJO**





**14. TRÁMITE PARA EL FUNCIONAMIENTO  
DE COMISIONES MIXTAS AUXILIARES DE  
SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO  
AMBIENTE EN EL TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

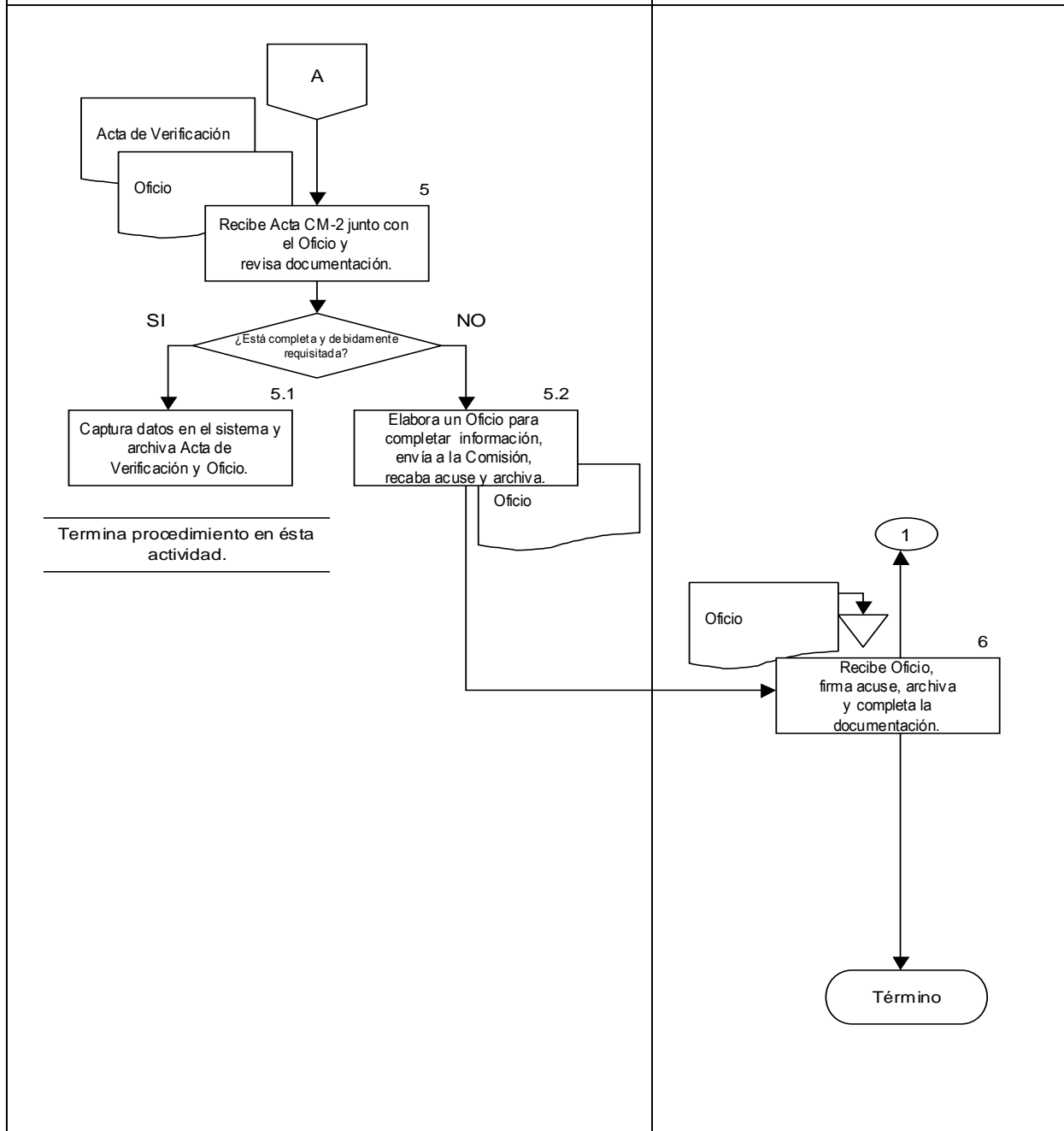
Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3973

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

COMISIÓN MIXTA AUXILIAR DE  
SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO  
AMBIENTE EN EL TRABAJO



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



**14. TRÁMITE PARA EL FUNCIONAMIENTO  
DE COMISIONES MIXTAS AUXILIARES DE  
SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO  
AMBIENTE EN EL TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3974

**5. REGISTROS**

Nombre del Registro	Almacenamiento	Ordenado por	Tiempo de Retención	Protección	Disposición

**6. REFERENCIAS**

**7. TÉRMINOS Y  
DEFINICIONES**

Comisión Mixta Auxiliar: se constituye en cada centro de trabajo de las dependencias o entidades afiliadas. Ejemplo: cualquier Centro de Trabajo.

**8. ANEXOS**

- a. Calendario de Actividades (CM-3)
- b. Acta de Verificación (CM-2)

**9. RESUMEN DE CAMBIOS**

Página	Punto ó Sección del Documento	Resumen y Motivo del Cambio
	Todo el documento	Simplificación, se dio orden a las actividades y se aclaró la redacción.

Nombre Elaboró	Nombre Revisó	Nombre Aprobó
-------------------	------------------	------------------

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



**14. TRÁMITE PARA EL FUNCIONAMIENTO  
DE COMISIONES MIXTAS AUXILIARES DE  
SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO  
AMBIENTE EN EL TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

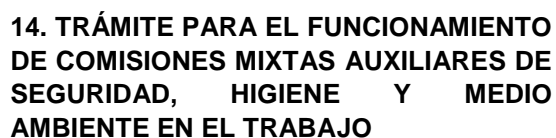
**Fecha de autorización**

<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
21	12	2007

**No. de Página**

3975

## **8. ANEXOS**



## SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

**Versión:**

<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
21	12	2007

3976

**Instituto de Seguridad  
y Servicios Sociales  
de los Trabajadores  
del Estado**

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO: Registro de Comisiones Mixtas Auxiliares de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente en el Trabajo.

CLAVE DE LA C.M.S.H.

PERIODO:

**A**

L U G A R

E. FED.

A A A A

M M

D D

F E C H A

**FORMATO CM-3**

TIPO B



**14. TRÁMITE PARA EL FUNCIONAMIENTO  
DE COMISIONES MIXTAS AUXILIARES DE  
SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO  
AMBIENTE EN EL TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3977

Instructivo de formato: Calendario de Actividades

Clave del formato:  
(CM-3)

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	CLAVE DE LA COMISIÓN MIXTA	Se anotará clave de registro otorgada por la Subdelegación de Prestaciones.
2	PERIODO	Se anotará el periodo de inicio y final de dicho calendario.
3	NÚMERO	Las actividades que se calendaricen serán numeradas de manera progresiva.
4	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	Se deberán anotar las acciones que la Comisión pretenda llevar, describiéndolas de manera resumida.
5	UNIDAD DE MEDIDA	Se deberá anotar de acuerdo a la actividad de que se trate, por ejemplo: verificaciones, cursos, folletos, carteles, juntas, etc.
6	TRIMESTRE	Se deberá marcar con una "x" el trimestre cuando se lleven a cabo las actividades.
7	LUGAR	Se anotará la ciudad en que se ubique el Centro de Trabajo.
8	ENTIDAD FEDERATIVA	Se anotará la entidad federativa donde se ubique la ciudad.
9	FECHA	Se anotará en orden el día, mes y año de la formulación del calendario de actividades.
10	REPRESENTACIÓN OFICIAL	Se anotarán nombres y apellidos con sus respectivas firmas.
11	REPRESENTACIÓN SINDICAL	Se anotarán nombres y apellidos con sus respectivas firmas.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE		TIPO B
--	--	--------



## 14. TRÁMITE PARA EL FUNCIONAMIENTO DE COMISIONES MIXTAS AUXILIARES DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE EN EL TRABAJO

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3979

#### INCIDENCIAS

Clave.

- O1 Instalación de gas defectuosa
- O2 Substancias o materiales peligrosos ajenos al trabajo
- O3 Equipo contra incendio inexistente
- O4 Equipo contra incendio defectuoso o carente de mantenimiento
- O5 Pisos en mal estado
- O6 Escaleras sin pasamanos o con escalones deteriorados
- O7 Escaleras sin protección antiderrapante
- O8 Falta equipo de protección personal
- O9 Faltan salidas de emergencia
- 10 Faltan señalamientos preventivos o de evacuación
- 11 Sanitarios insuficientes
- 12 Sanitarios carentes de mantenimiento
- 13 Ventilación insuficiente
- 14 Iluminación inadecuada por fallas de diseño
- 15 Iluminación inadecuada por falta de mantenimiento
- 16 Falta de impermeabilizante en muros o azoteas

Clave.

- 17 Almacenamiento de equipo o material en áreas de tránsito.
- 18 Almacenamiento de material o equipo excediendo cargas autorizadas.
- 19 Malas condiciones en cancelería de puertas y ventanas.
- 20 Vidrios rotos.
- 21 Instalaciones eléctricas inapropiadas.
- 22 Instalaciones hidráulicas o de drenaje defectuosas.
- 23 Tinacos y cisternas insalubres.
- 24 Falta de agua potable.
- 25 Mobiliario de trabajo inadecuado.
- 26 Falta de mantenimiento al equipo de trabajo.
- 27 Calderas o calentadores con falta de mantenimiento.
- 28 Fallas estructurales en el edificio.
- 29 Exceso de ruido y vibraciones.
- 30 Malas condiciones térmicas o de presión.
- 31 Falta de fumigación.
- 99 Diversas de relevancia menor (especificar).

#### AGENTES DE RIESGO

Clave.

- OO35 Maquinas.
- OO70 Medios de transporte y de alimentación de maquinaria.
- O105 Calderas y recipientes de presión (incluye líneas de presión).
- O140 Hornos, fogones y estufas.
- O175 Plantas refrigeradoras.
- O210 Electricidad, aparatos e instalaciones eléctricas.
- O245 Herramientas.
- O280 Materiales, objetos, sustancias y radiaciones.
- O315 Superficies de trabajo y de tránsito.
- O350 Edificios y estructuras (no superficies de trabajo y de tránsito).
- O385 Condiciones ambientales.
- O420 Animales y sus productos.
- O455 Movimiento corporal.
- O490 Flama, fuego, deflagración.
- O525 Agentes infecciosos y parásitos.
- O560 Otros agentes de lesión.

#### CONDICION O ACTO INSEGURO

Clave.

- OOOO Defectos de los agentes.
- OO50 Peligros de indumentaria y vestido.
- O100 Peligros del medio ambiente.
- O150 Medidas o procedimientos peligrosos.
- O200 Peligros por la colocación de materiales o equipos.
- O250 Protección inadecuada.
- O300 Peligros ambientales en trabajo a intemperie.
- O350 Peligros públicos.
- O400 Adopción de posiciones peligrosas u uso inadecuado de manos u otras partes del cuerpo.
- O450 Actitud o comportamiento inapropiado en el trabajo.
- O500 Colocación, mezcla o combinación insegura.
- O550 Falta al asegurar o prevenir
- O600 Inoperancia provocada en los dispositivos de seguridad.
- O650 Limpieza, engrasado, ajuste o reparación de equipo móvil con carga eléctrica o presurizada.
- O700 Falta de uso de equipo de protección personal disponible.
- O750 Uso de indumentaria o accesorios personales inseguros.
- O800 Operación o trabajo a velocidad insegura.
- O850 Uso inapropiado del vehículo.
- O900 Acto inseguro de terceros.
- O950 Sin condición o acto inseguro.

#### TIPO

Clave.

- OOO1 Accidente causado por instrumentos u objetos cortantes o punzantes.
- OOO2 Accidentes debido a colisión con o golpe dado por objeto o persona.
- OOO3 Caídas ambientales.
- OOO4 Golpe accidental causado por la caída de un objeto.
- OOO5 Apresamiento accidental dentro de o entre objetos.
- OOO6 Accidente causado por maquinaria.
- OOO7 Ejercicio excesivo y movimientos muy vigorosos.
- OOO8 Accidentes causados por sumersión, sofocación y cuerpos extraños.
- OOO9 Accidentes causados por sustancias u objetos calientes, material cáustico o corrosivo y vapor.
- OO10 Accidentes de tráfico de vehículos de motor.
- OO11 Otras causas accidentales y ambientales y las no especificadas.
- OO12 Accidentes debidos a factores naturales y del medio ambiente.
- OO13 Homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona.
- OO14 Accidentes causados por la corriente eléctrica.
- OO15 Accidentes de vehículo de motor no debidos al tráfico.
- OO16 Accidentes causados por el fuego.
- OO17 Exposición a radiación.
- OO18 Varios de frecuencia menor.

#### TIPO DE LESION

Clave.

- OOOO Heridas.
- O101 Contusiones y mallugaduras.
- O152 Torceduras y esguinces.
- O203 Fracturas.
- O254 Quemaduras.
- O305 Cuerpo extraño.
- O356 Lesiones superficiales.
- O407 Luxaciones.
- O458 Traumatismo.
- O509 Amputaciones.
- O560 Intoxicaciones.
- O601 Diversas de frecuencia menor.

#### PARTE DEL CUERPO

Clave.

- OOOO Mano.
- OO50 Miembro superior (excluyendo lesiones en mano).
- O100 Pie.
- O150 Miembro inferior (excluyendo lesiones en pie).
- O200 Globo ocular (incluyendo lesiones en anexos).
- O250 Cabeza y cara (excluyendo lesiones en globo ocular o sus anexos).
- O300 Tronco (excluyendo lesiones en tórax o en columna vertebral).
- O350 Columna vertebral (incluyendo lesiones en dorso).
- O400 Tórax (incluyendo lesiones en órganos intratorácicos).
- O450 Cuerpo en general (incluyendo lesiones múltiples e intoxicaciones).
- O500 Diversas de frecuencia menor.

1.- CLAVE DE LA COMISION: ANOTAR N° DE CLAVE QUE OTORGO EL ISSSTE.

2.- INCIDENCIAS: ANOTAR EL N° DE CLAVE QUE CORRESPONDA SEGÚN RELACION DE INCIDENCIAS.

3.- DETECTADAS O SUBSISTENTES: PRIMER CAMPO PARA EL N° DEL TRIMESTRE Y LOS SIGUIENTES PARA LOS DOS ULTIMOS DIGITOS DEL AÑO.

4.- SUBSANADAS: MARCAR CON UNA "X" CUANDO LA INCIDENCIA SEA SOLUCIONADA.

5.- N° DE RIESGOS DE TRABAJO: ANOTAR N° DE ACCIDENTES Y/O ENFERMEDADES Y LA CODIFICACION DEL TIPO, TIPO DE LESION, PARTE DEL CUERPO AFECTADA, CONDICION O ACTO INSEGURO Y AGENTE DE RIESGO.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



**14. TRÁMITE PARA EL FUNCIONAMIENTO  
DE COMISIONES MIXTAS AUXILIARES DE  
SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO  
AMBIENTE EN EL TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3980

Instructivo de formato: Acta de Verificación

Clave del formato:  
(CM-2)

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	CLAVE DE LA COMISIÓN	Se anotara la clave de registro que otorgó la Subdelegación de Prestaciones.
2	TIPO DE VERIFICACIÓN	Debe anotar ordinario, según corresponda.
3	FECHA	Anotar la fecha en que la Comisión Mixta realiza la verificación.
4	INCIDENCIAS	Anotar clave de las Incidencias que la Comisión Mixta detecta al momento del recorrido.
5	DETECTADAS	Anotar el número del trimestre y los dos últimos dígitos del año de la incidencia cuando sea detectada por 1ª vez.
6	SUBSISTENTES	Anotar el número del trimestre y los dos últimos dígitos del año de la incidencia cuando sea detectado por 1ª vez.
7	SUBSANADAS	Marcar con una "X" si la incidencia ha sido solucionada.
8	OBSERVACIONES	Se anotará cualquier aclaración complementaria o señalar problemática que se considere necesaria destacar ante el ISSSTE.
9	NÚMERO DE RIESGOS	El total de riesgos que se presenten durante el trimestre que se reporta.
10	ACCIDENTES TRABAJO DE	Anotar número de accidentes que hayan ocurrido durante el trimestre que se reporta.
11	ACCIDENTES TRAYECTO EN	Anotar número de accidentes ocurridos en el trayecto.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



**14. TRÁMITE PARA EL FUNCIONAMIENTO  
DE COMISIONES MIXTAS AUXILIARES DE  
SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO  
AMBIENTE EN EL TRABAJO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3981

Instructivo de formato: Acta de Verificación

Clave del formato:  
(CM-2)

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
12	ENFERMEDAD PROFESIONAL	Se anotará el número de enfermedad profesional cuyo diagnóstico inicial se haya hecho dentro del trimestre que se reporta.
13	TIPO	Anotar clave que corresponda en el Catálogo que aparece el reverso del formato al evento que produjo de manera directa la lesión.
14	TIPO DE LESIÓN	Se anotará clave de registro que corresponda en el Catálogo que aparece al reverso del formato a la naturaleza del daño producido por el riesgo de trabajo.
15	PARTE DEL CUERPO	Se deberá anotar la clave que corresponda en el Catálogo que aparece al reverso del formato a la parte del cuerpo afectada.
16	CONDICIÓN O ACTO INSEGURO	Se anotará clave que corresponda en el Catálogo que aparece al reverso del formato a la circunstancia objetiva y ajena al trabajador o el acto de éste o de sus compañeros que permitió la presentación del riesgo de trabajo.
17	AGENTE DE RIESGO	Anotar clave del objeto, sustancia, energía, exposición que produjo directamente la lesión.
18	FIRMA Y NOMBRE DEL SECRETARIO TÉCNICO	El Secretario Técnico de la Comisión, anotará su nombre y apellidos y estampará su firma autógrafa.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



**15. TRÁMITE PARA ELABORACIÓN Y  
DISTRIBUCIÓN DE MATERIAL  
PROMOCIONAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3982

**15. TRÁMITE PARA ELABORACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE  
MATERIAL PROMOCIONAL**

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



**15. TRÁMITE PARA ELABORACIÓN Y  
DISTRIBUCIÓN DE MATERIAL  
PROMOCIONAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3983

**1. OBJETIVO**

ELABORAR EL MATERIAL PROMOCIONAL IMPRESO PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DEL TRABAJO PARA LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES AFILIADAS AL RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ISSSTE.

**2. POLÍTICAS DE OPERACIÓN**

LA JEFATURA DE SERVICIOS DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO DE LA SUBDIRECCIÓN DE PENSIONES DEBERÁ:

1. ELABORAR EL MATERIAL PROMOCIONAL IMPRESO ACORDE CON EL COMPORTAMIENTO DE LOS RIESGOS DEL TRABAJO EN LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES AFILIADAS AL RÉGIMEN DEL ISSSTE.
2. ATENDER DE MANERA PRIORITARIA LA DISTRIBUCIÓN DE MATERIAL PROMOCIONAL A LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES AFILIADAS AL RÉGIMEN DEL ISSSTE QUE HAYAN PRESENTADO LA MAYOR INCIDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO.



**15. TRÁMITE PARA ELABORACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE MATERIAL PROMOCIONAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	3984

**3. DESARROLLO**

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
		Inicia el procedimiento
1	DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS DEL TRABAJO	Determina la temática del material promocional a elaborar en base a la información estadística de riesgos del trabajo, estableciendo el contenido y boceto del material.
2		Envía el material para revisión y aprobación a la Jefatura de Servicios de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
3		Recibe material, analiza su contenido y verifica que esté completo.
	SUBDIRECCIÓN DE PENSIONES (JEFATURA DE SERVICIOS DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO)	¿Está completo?
3.1		NO. Envía material al Departamento de Prevención de Riesgos del Trabajo para sus adecuaciones. Regresa a actividad 1.
3.2		SI. Envía material para su aprobación a la Subdirección de Pensiones.
4	SUBDIRECCIÓN DE PENSIONES	Recibe material diseñado, autoriza y envía a la Jefatura de Servicios de Seguridad e Higiene en el Trabajo para los trámites para su impresión.
5	JEFATURA DE SERVICIOS DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO	Recibe material y solicita mediante oficio el apoyo a la Coordinación Administrativa para gestionar el tiraje a imprimir del material elaborado.
DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE		TIPO B



**15. TRÁMITE PARA ELABORACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE MATERIAL PROMOCIONAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	3985

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
6	COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA	Recibe oficio, material y envía a la Coordinación General de Comunicación Social: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oficio de petición para la impresión de los materiales.</li> <li>- Material promocional</li> <li>- Recursos presupuestales para la impresión de los materiales y el diseño de los originales mecánicos.</li> </ul>
7	COORDINACIÓN GENERAL DE COMUNICACIÓN SOCIAL	Recibe oficio, material y recursos presupuestales.
8		Elabora el original mecánico del material y envía a la Subdirección de Pensiones para su aprobación.
9	SUBDIRECCIÓN DE PENSIONES	Recibe material y analiza.
		¿El material es correcto?
9.1		NO. Envía el material a la Coordinación General de Comunicación Social para sus adecuaciones. Regresa a actividad 7.
9.2		SI. Da visto bueno y elabora oficio para solicitar la impresión del material.
10		Envía oficio y el material a la Coordinación General de Comunicación Social.
11	COORDINACIÓN GENERAL DE COMUNICACIÓN SOCIAL	Recibe oficio de solicitud y material para su impresión.
12		Imprime material y envía junto con oficio a la Subdirección de Pensiones.
13	SUBDIRECCIÓN DE PENSIONES	Recibe material impreso, oficio y envía material a la Jefatura de Servicios de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE		TIPO B
--	--	--------





**15. TRÁMITE PARA ELABORACIÓN Y  
DISTRIBUCIÓN DE MATERIAL  
PROMOCIONAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3986

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
14	JEFATURA DE SERVICIOS DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO	Recibe material y: <ul style="list-style-type: none"><li>- Lo clasifica en base a la temática</li><li>- Determina la cantidad a distribuir a las Subdelegaciones de Prestaciones, considerando la población y número de riesgos del trabajo reportados en las Dependencias y Entidades.</li></ul>
15		Elabora oficio de envío del material.
16		Envía oficio y material a las Subdelegaciones de Prestaciones, solicitando informe de distribución.
17	SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES	Recibe oficio y material, elabora informe sobre la distribución del mismo y envía a la Jefatura de Servicios de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
18	JEFATURA DE SERVICIOS DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO	Recibe informe de distribución de material y lo envía al Departamento de Prevención de Riesgos del Trabajo.
19	DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS DEL TRABAJO	Recibe informe de distribución del material, revisa y lo envía a la Oficina de elaboración de material promocional.
20	DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS DEL TRABAJO (OFICINA DE ELABORACIÓN DE MATERIAL PROMOCIONAL)	Recibe informe de distribución del material y elabora el informe de distribución del material a nivel nacional.
21		Archiva el informe de distribución del material.  Termina el procedimiento.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



**15. TRÁMITE PARA ELABORACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE MATERIAL PROMOCIONAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

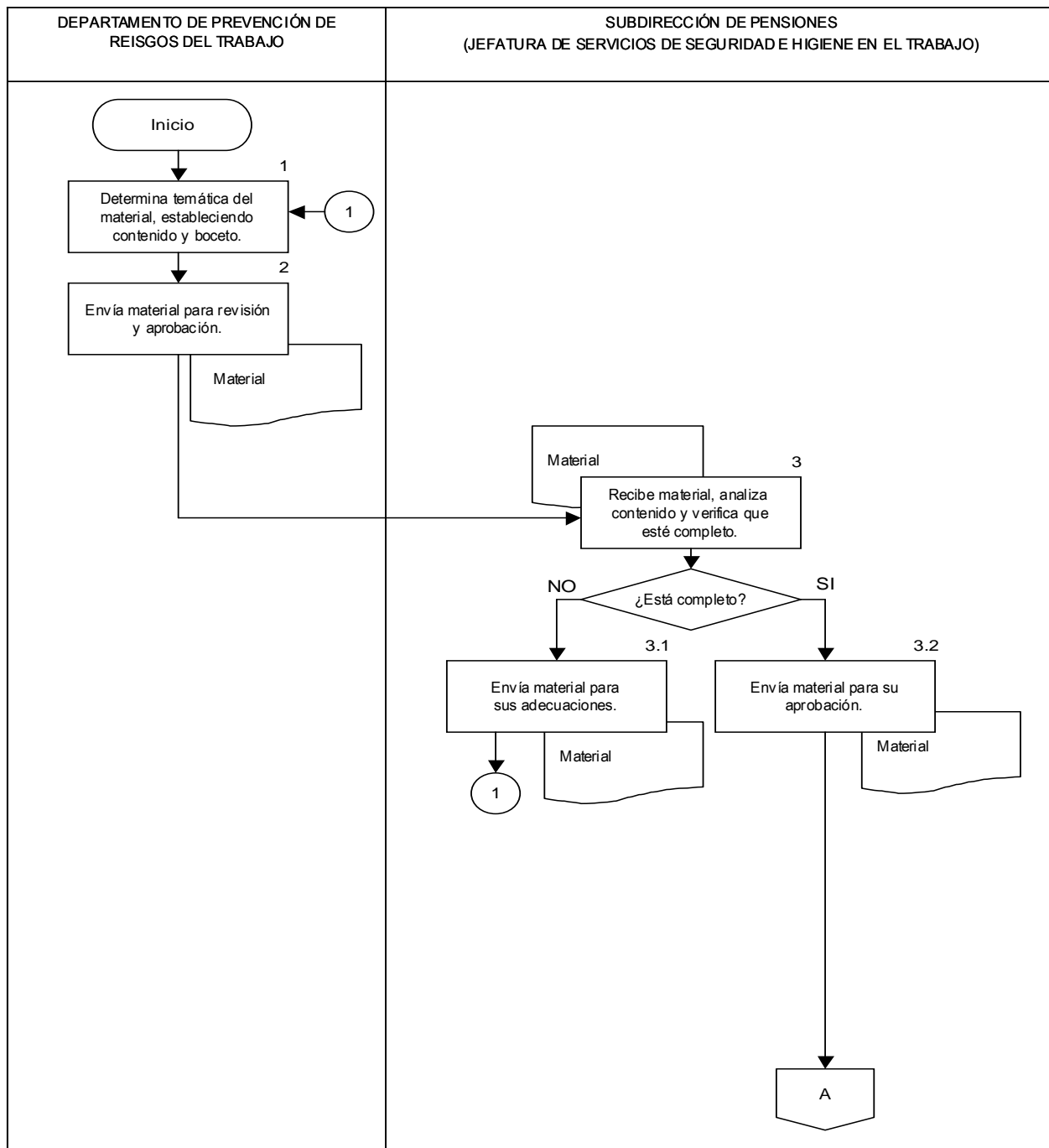
**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3987

**4. DIAGRAMA DE FLUJO**



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



# 15. TRÁMITE PARA ELABORACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE MATERIAL PROMOCIONAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

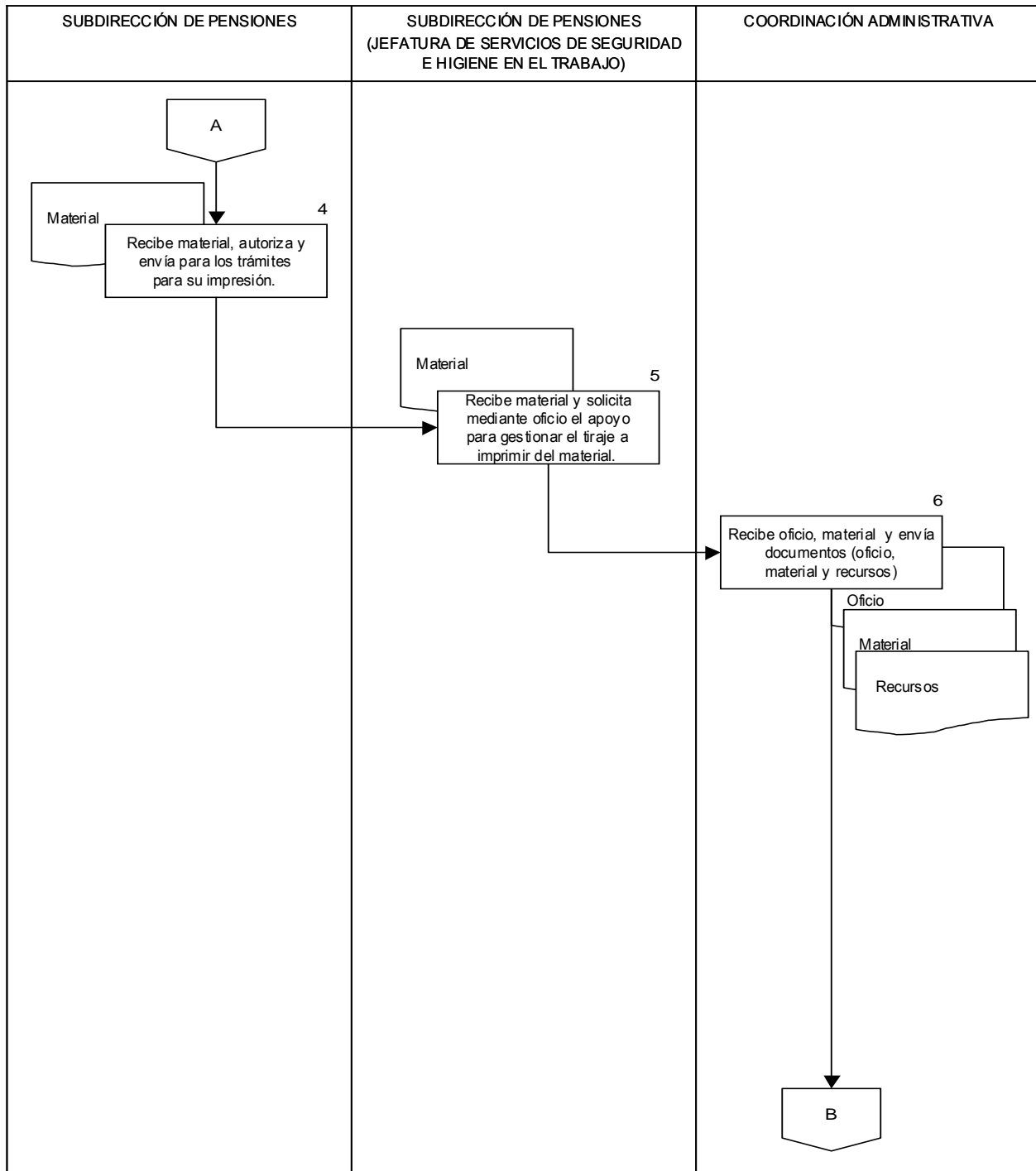
Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3988



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



**15. TRÁMITE PARA ELABORACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE MATERIAL PROMOCIONAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

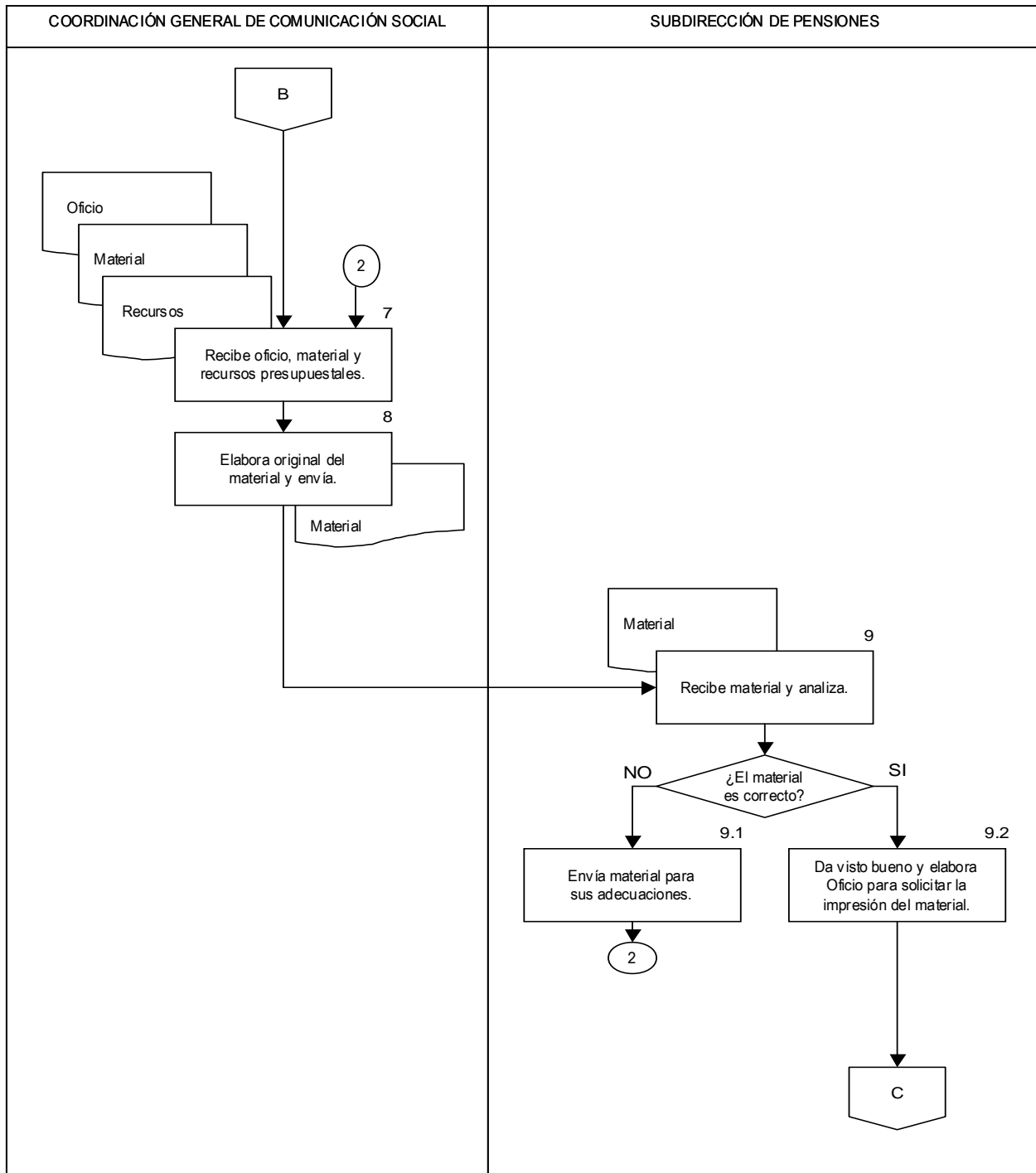
Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3989

COORDINACIÓN GENERAL DE COMUNICACIÓN SOCIAL

SUBDIRECCIÓN DE PENSIONES



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



**15. TRÁMITE PARA ELABORACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE MATERIAL PROMOCIONAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

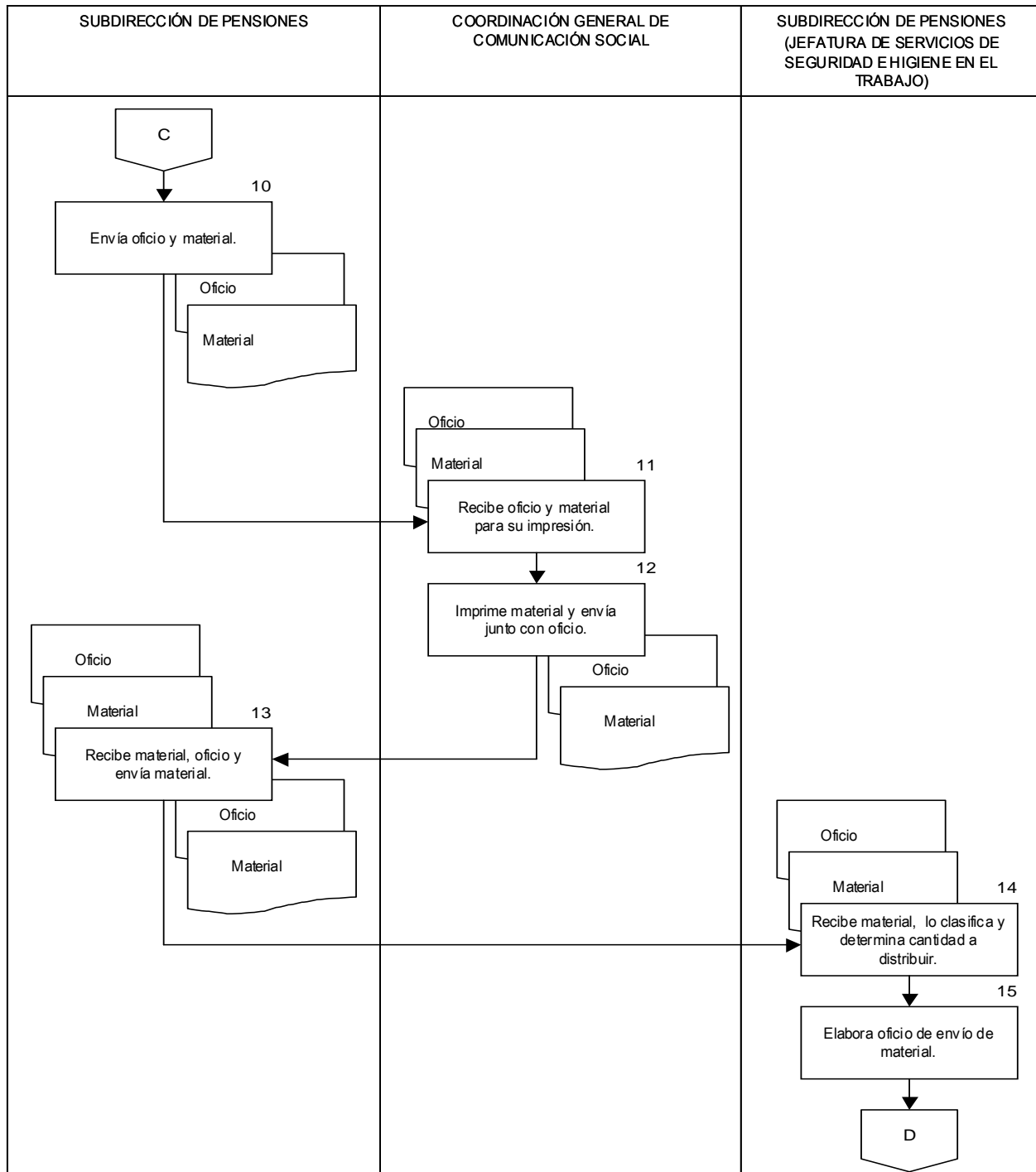
**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3990



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



# 15. TRÁMITE PARA ELABORACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE MATERIAL PROMOCIONAL

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

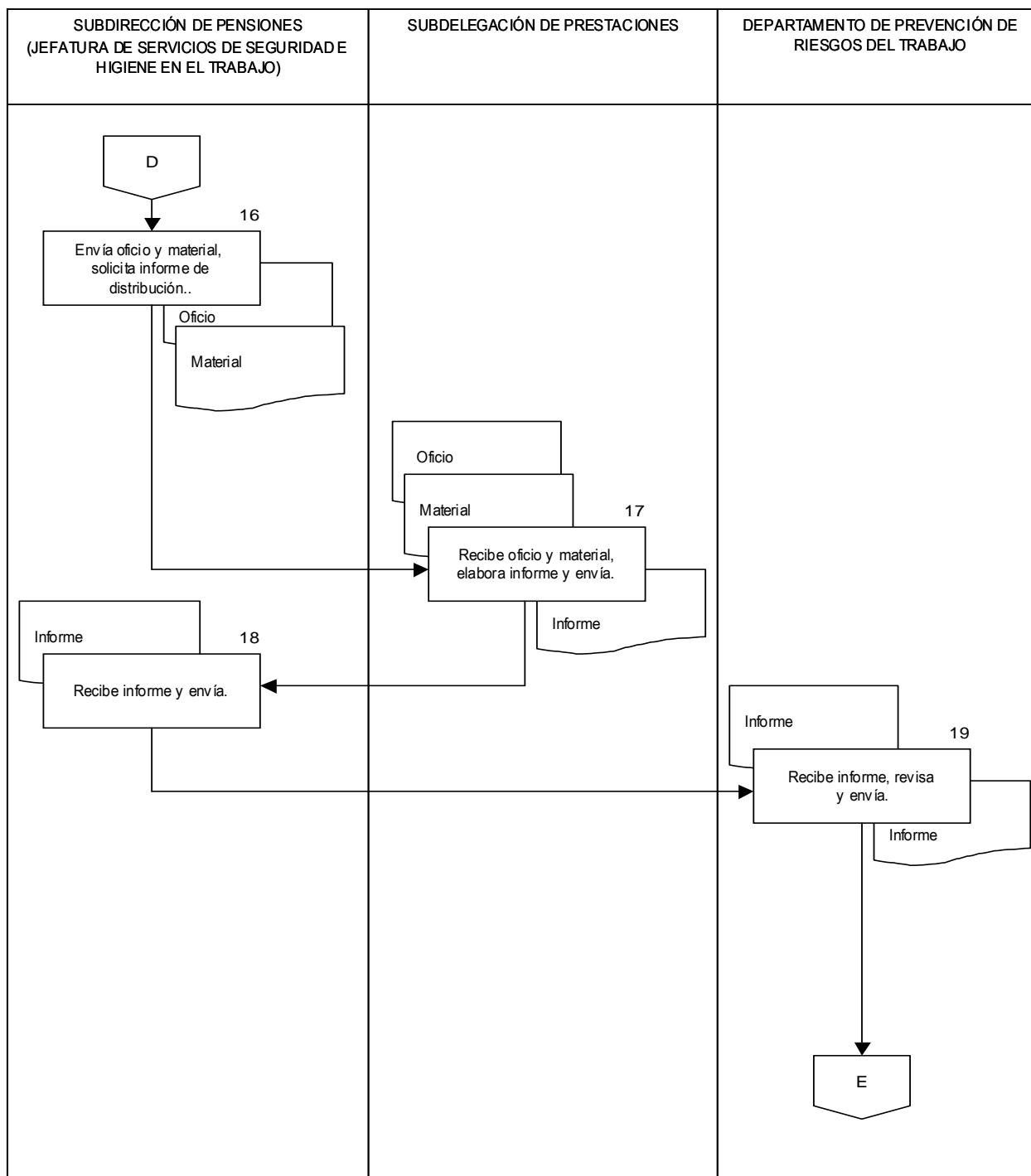
Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3991



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



**15. TRÁMITE PARA ELABORACIÓN Y  
DISTRIBUCIÓN DE MATERIAL  
PROMOCIONAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

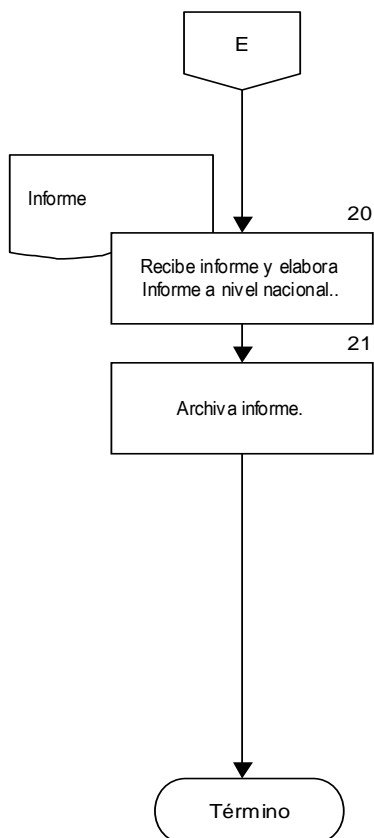
**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3992

DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN DE  
RIESGOS DEL TRABAJO  
(OFICINA DE ELABORACIÓN DE MATERIAL PROMOCIONAL)





**15. TRÁMITE PARA ELABORACIÓN Y  
DISTRIBUCIÓN DE MATERIAL  
PROMOCIONAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

3993

**5. REGISTROS**

Nombre del Registro	Almacenamiento	Ordenado por	Tiempo de Retención	Protección	Disposición

**6. REFERENCIAS**

**7. TÉRMINOS Y  
DEFINICIONES**

**8. ANEXOS**

**9. RESUMEN DE CAMBIOS**

Página	Punto ó Sección del Documento	Resumen y Motivo del Cambio
	Todo el documento	Simplificación, se dio orden a las actividades y se aclaró la redacción.

Nombre Elaboró	Nombre Revisó	Nombre Aprobó

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B





**16. TRÁMITE PARA LA COORDINACIÓN  
DE CURSOS DE CAPACITACIÓN**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3994

**16. TRÁMITE PARA LA COORDINACIÓN DE CURSOS DE  
CAPACITACIÓN**



## 16. TRÁMITE PARA LA COORDINACIÓN DE CURSOS DE CAPACITACIÓN

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3995

### 1. OBJETIVO

ESTABLECER EL PROCEDIMIENTO PARA LA IMPARTICIÓN DE CURSOS EN MATERIA DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES DEL TRABAJO EN LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES AFILIADAS AL RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ISSSTE.

### 2. POLÍTICAS DE OPERACIÓN

LA JEFATURA DE SERVICIOS DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO DE LA SUBDIRECCIÓN DE PENSIONES DEBERÁ:

1. PROMOVER A TRAVÉS DE LA IMPARTICIÓN DE CURSOS DE CAPACITACIÓN A LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES AFILIADAS AL RÉGIMEN DEL ISSSTE, LA IMPORTANCIA DE LA SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO.
2. ATENDER DE MANERA PRIORITARIA A LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES AFILIADAS AL RÉGIMEN DEL ISSSTE QUE HAYAN PRESENTADO LA MAYOR INCIDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO, A TRAVÉS DE CURSOS DE CAPACITACIÓN EN MATERIA DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO.
3. ACTUALIZAR LOS CONTENIDOS PROGRAMÁTICOS DE LOS CURSOS, CONFORME A LOS CAMBIOS DE TIPO NORMATIVO QUE SE PRESENTEN EN MATERIA DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO.



## 16. TRÁMITE PARA LA COORDINACIÓN DE CURSOS DE CAPACITACIÓN

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	3996

### 3. DESARROLLO

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
1	DEPENDENCIA O ENTIDAD	Inicia el procedimiento  Elabora Oficio de Solicitud para la impartición de cursos en materia de prevención de accidentes y enfermedades del trabajo.
2		Envía Oficio a la Jefatura de Servicios de Seguridad e Higiene en el Trabajo, recaba acuse y archiva.
3	SUBDIRECCIÓN DE PENSIONES (JEFATURA DE SERVICIOS DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO)	Recibe Oficio para la impartición del curso, firma acuse, envía para su atención al Departamento de Prevención de Riesgos del Trabajo, recaba acuse y archiva.
4	DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS DEL TRABAJO	Recibe Oficio, firma acuse y envía al área encargada de realizar las actividades de capacitación.
5	DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS DEL TRABAJO (OFICINA DE CAPACITACIÓN Y COORDINACIÓN DE CURSOS)	Recibe Oficio y analiza si procede la solicitud en base al calendario anual establecido.  ¿Procede?
5.1		NO. Propone a través de oficio la nueva fecha para su realización o lo envía a la Subdelegación de Prestaciones correspondiente. Regresa a actividad 1.
5.2		SI. Elabora Oficio indicando a la dependencia o entidad el período en el que se realizará el curso
6		Envía Oficio a la dependencia o entidad, anexándole el contenido programático del curso, recaba acuse y archiva.
7	DEPENDENCIA O ENTIDAD	Recibe Oficio y anexo, firma acuse y prepara lo inherente al desarrollo del evento.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE		TIPO B
--	--	--------



## 16. TRÁMITE PARA LA COORDINACIÓN DE CURSOS DE CAPACITACIÓN

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3997

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
8	DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS DEL TRABAJO	Designa al instructor mediante memorándum, notificando fecha, hora y lugar del evento, anexándole la lista de asistencia para su requisitado.
9	INSTRUCTOR	Recibe memorándum y lista de asistencia para la impartición de curso.
10		Imparte el curso en la dependencia o entidad, requisita la lista de asistencia y envía a la Oficina de Capacitación y Coordinación de cursos.
11	OFICINA DE CAPACITACIÓN Y COORDINACIÓN DE CURSOS	Recibe lista de asistencia y archiva.  Termina el procedimiento.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



## 16. TRÁMITE PARA LA COORDINACIÓN DE CURSOS DE CAPACITACIÓN

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

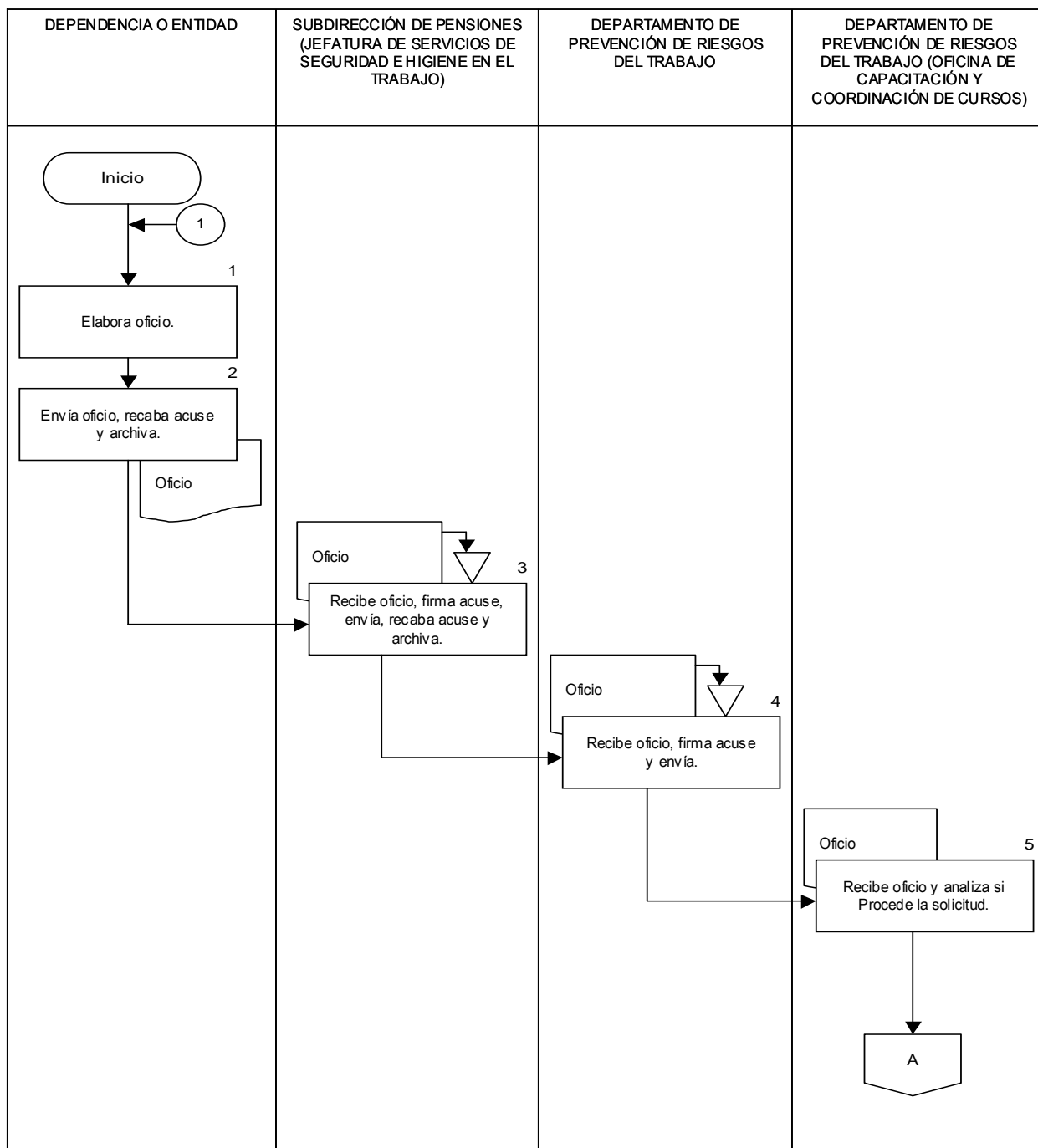
Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3998

#### 4. DIAGRAMA DE FLUJO



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



## 16. TRÁMITE PARA LA COORDINACIÓN DE CURSOS DE CAPACITACIÓN

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

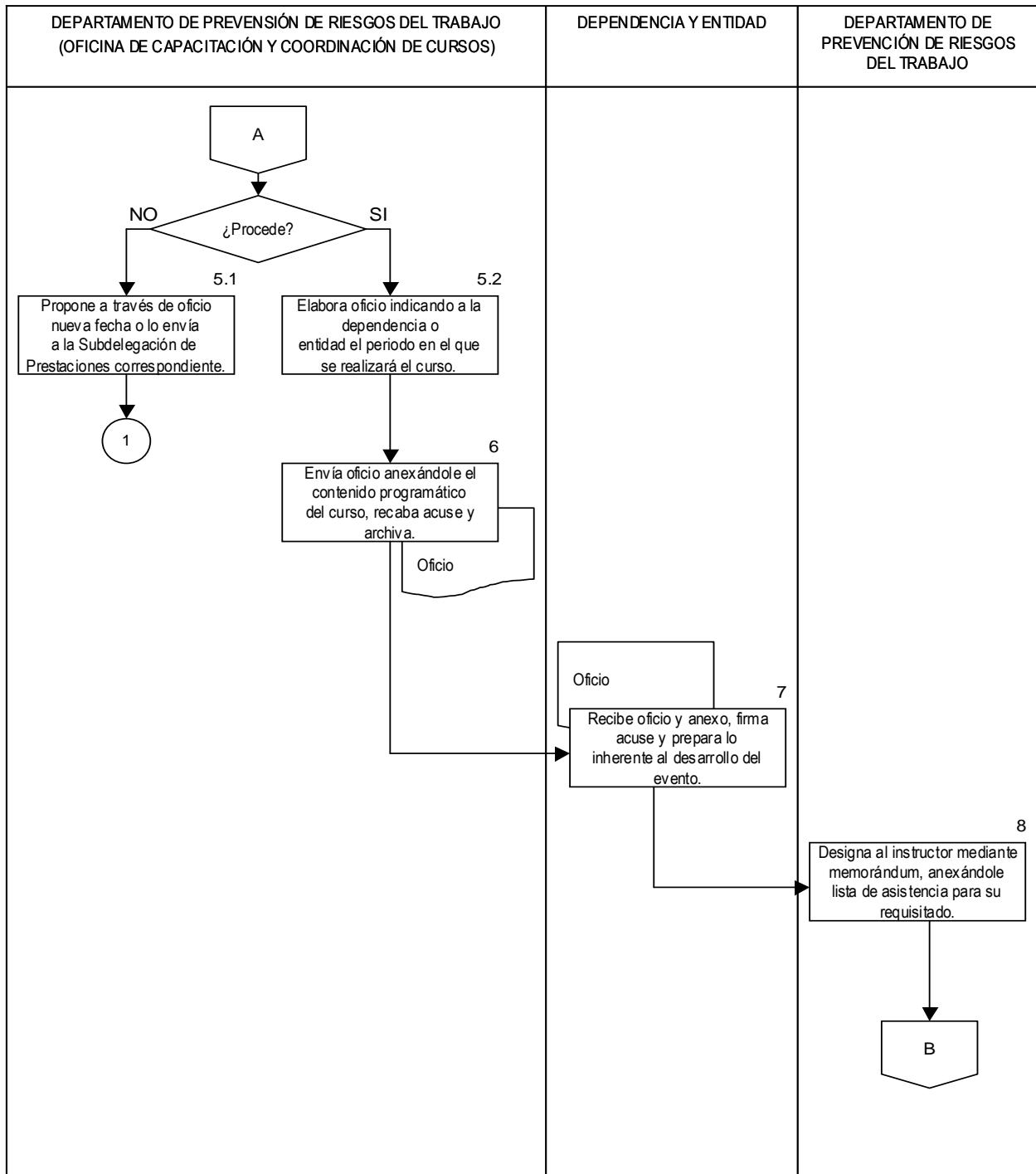
Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

3999



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



## 16. TRÁMITE PARA LA COORDINACIÓN DE CURSOS DE CAPACITACIÓN

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

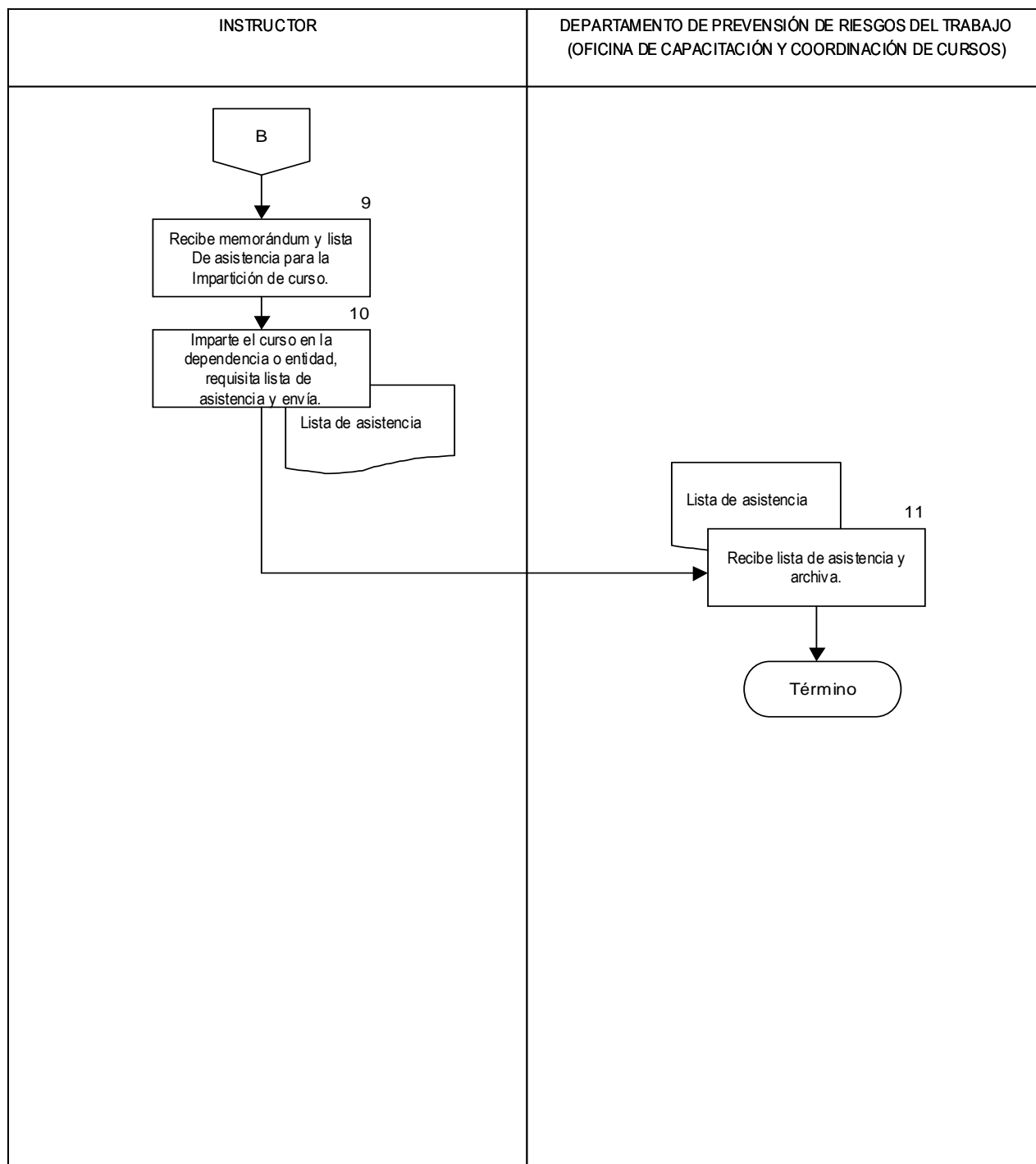
Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4000





## 16. TRÁMITE PARA LA COORDINACIÓN DE CURSOS DE CAPACITACIÓN

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4001

### 5. REGISTROS

Nombre del Registro	Almacenamiento	Ordenado por	Tiempo de Retención	Protección	Disposición

### 6. REFERENCIAS

### 7. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

### 8. ANEXOS

### 9. RESUMEN DE CAMBIOS

Página	Punto ó Sección del Documento	Resumen y Motivo del Cambio
	Todo el documento	Simplificación, se dio orden a las actividades y se aclaró la redacción.

Nombre Elaboró	Nombre Revisó	Nombre Aprobó





**17. TRÁMITE PARA LA COORDINACIÓN  
DE EVENTOS MASIVOS DE SEGURIDAD E  
HIGIENE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4002

**17. TRÁMITE PARA LA COORDINACIÓN DE EVENTOS  
MASIVOS DE SEGURIDAD E HIGIENE**



## 17. TRÁMITE PARA LA COORDINACIÓN DE EVENTOS MASIVOS DE SEGURIDAD E HIGIENE

### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

#### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4003

#### 1. OBJETIVO

COORDINAR Y ESTABLECER EN BASE A LA NORMATIVIDAD VIGENTE, EL DESARROLLO DE LOS EVENTOS MASIVOS DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO A NIVEL NACIONAL (SEMANAS Y ENCUENTROS ESTATALES DE COMISIONES), A FIN DE DIFUNDIR LOS ASPECTOS QUE EN MATERIA DE SEGURIDAD EN HIGIENE EN EL TRABAJO DEBEN PONERSE EN PRÁCTICA EN LOS CENTROS DE TRABAJO.

#### 2. POLÍTICAS DE OPERACIÓN

LA JEFATURA DE SERVICIOS DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO DE LA SUBDIRECCIÓN DE PENSIONES DEBERÁ:

1. COORDINAR JUNTO CON LAS SUBDELEGACIONES DE PRESTACIONES, EL DESARROLLO DE LOS EVENTOS MASIVOS DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO.
2. COORDINAR JUNTO CON LAS ÁREAS INTERNAS DEL INSTITUTO, EL APOYO A LAS SUBDELEGACIONES DE PRESTACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE SU (S) EVENTO (S).
3. PROMOVER A NIVEL NACIONAL LA REALIZACIÓN DE LOS EVENTOS MASIVOS DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO PARA LOGRAR LA DISMINUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO.



**17. TRÁMITE PARA LA COORDINACIÓN  
DE EVENTOS MASIVOS DE SEGURIDAD E  
HIGIENE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	
					4004

**3. DESARROLLO**

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
		Inicia el procedimiento
1	SUBDIRECCIÓN DE PENSIONES (JEFATURA DE SERVICIOS DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO)	Elabora Oficio para solicitar la fecha de realización de los Eventos Masivos de Seguridad e Higiene en el Trabajo y envía a las Subdelegaciones de Prestaciones, recaba acuse y archiva.
2	SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES	Recibe Oficio, firma acuse y determina la fecha en que llevará a cabo su(s) evento(s).
3		Elabora Oficio donde indica fecha para evento(s), envía a la Jefatura de Servicios de Seguridad e Higiene en el Trabajo, recaba acuse y archiva.
4		Recibe Oficio, firma acuse y revisa.
5	JEFATURA DE SERVICIOS DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO	Envía Oficio al Departamento de Prevención de Riesgos del Trabajo para su atención, recaba acuse y archiva.
6		Recibe Oficio, firma acuse y revisa.
7		Envía Oficio a la Oficina de Difusión para su control y seguimiento, recaba acuse y archiva.
8	DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS DEL TRABAJO (OFICINA DE DIFUSIÓN)	Recibe Oficio, firma acuse y registra la fecha de realización del evento en el calendario anual.
9		Elabora Oficio para: – Confirmar fecha, – Solicitar el Programa de Actividades correspondiente, – Solicitar apoyos requeridos para el evento.
10		Envía Oficio a la Subdelegación de Prestaciones, recaba acuse y archiva.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE		TIPO B
---	--	--------



**17. TRÁMITE PARA LA COORDINACIÓN  
DE EVENTOS MASIVOS DE SEGURIDAD E  
HIGIENE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	
					4005

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
11	SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES	Recibe Oficio, firma acuse y analiza.
12		Anexa al Oficio el Programa de Actividades y Oficio de solicitud de apoyos.
13		Envía Oficio con documentos anexos a la Jefatura de Servicios de Seguridad e Higiene en el Trabajo, recaba acuse y archiva.
14	JEFATURA DE SERVICIOS DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO	Recibe Oficio con documentos anexos y firma acuse.
15		Envía Oficio con documentos anexos al Departamento de Prevención de Riesgos del Trabajo para su análisis, recaba acuse y archiva.
16	DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS DEL TRABAJO	Recibe Oficio con documentos anexos, firma acuse y analiza la posibilidad de otorgar el apoyo.
		¿Se puede otorgar el apoyo?
16.1		SI. Elabora Oficio de Petición de requerimientos, envía al Departamento de Recursos Materiales de la Coordinación Administrativa, recaba acuse y archiva. Continúa en actividad 18.
16.2		NO. Elabora Oficio de Improcedencia, envía a la Subdelegación de Prestaciones, recaba acuse y archiva.
17	SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES	Recibe Oficio de Improcedencia, firma acuse y archiva.
18	COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA (DEPARTAMENTO DE RECURSOS MATERIALES)	Recibe Oficio de Petición, firma acuse y remite requerimientos para imprimir constancias, diplomas y programas por parte del Departamento de Prevención de Riesgos del Trabajo.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE		TIPO B
--	--	--------



**17. TRÁMITE PARA LA COORDINACIÓN  
DE EVENTOS MASIVOS DE SEGURIDAD E  
HIGIENE**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

4006

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
19	DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS DEL TRABAJO	Elabora material y Oficio para enviarlos a la Subdelegación de Prestaciones, recaba acuse y archiva.
20	SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES	Recibe Oficio y material, firma acuse.
21		Realiza el evento y al término de éste envía el Informe correspondiente a la Jefatura de Servicios de Seguridad e Higiene en el Trabajo, recaba acuse y archiva.
22	JEFATURA DE SERVICIOS DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO	Recibe Informe y firma acuse.
23		Elabora Oficio y envía junto con el Informe al Departamento de Prevención de Riesgos del Trabajo, recaba acuse y archiva.
24	DEPARTAMENTO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS DEL TRABAJO	Recibe Informe, Oficio, firma acuse y los envía a la Oficina de Difusión para su seguimiento correspondiente, recaba acuse y archiva.
25	OFICINA DE DIFUSIÓN	Recibe Informe y Oficio, firma acuse y los archiva.
		Termina el procedimiento.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



## 17. TRÁMITE PARA LA COORDINACIÓN DE EVENTOS MASIVOS DE SEGURIDAD E HIGIENE

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

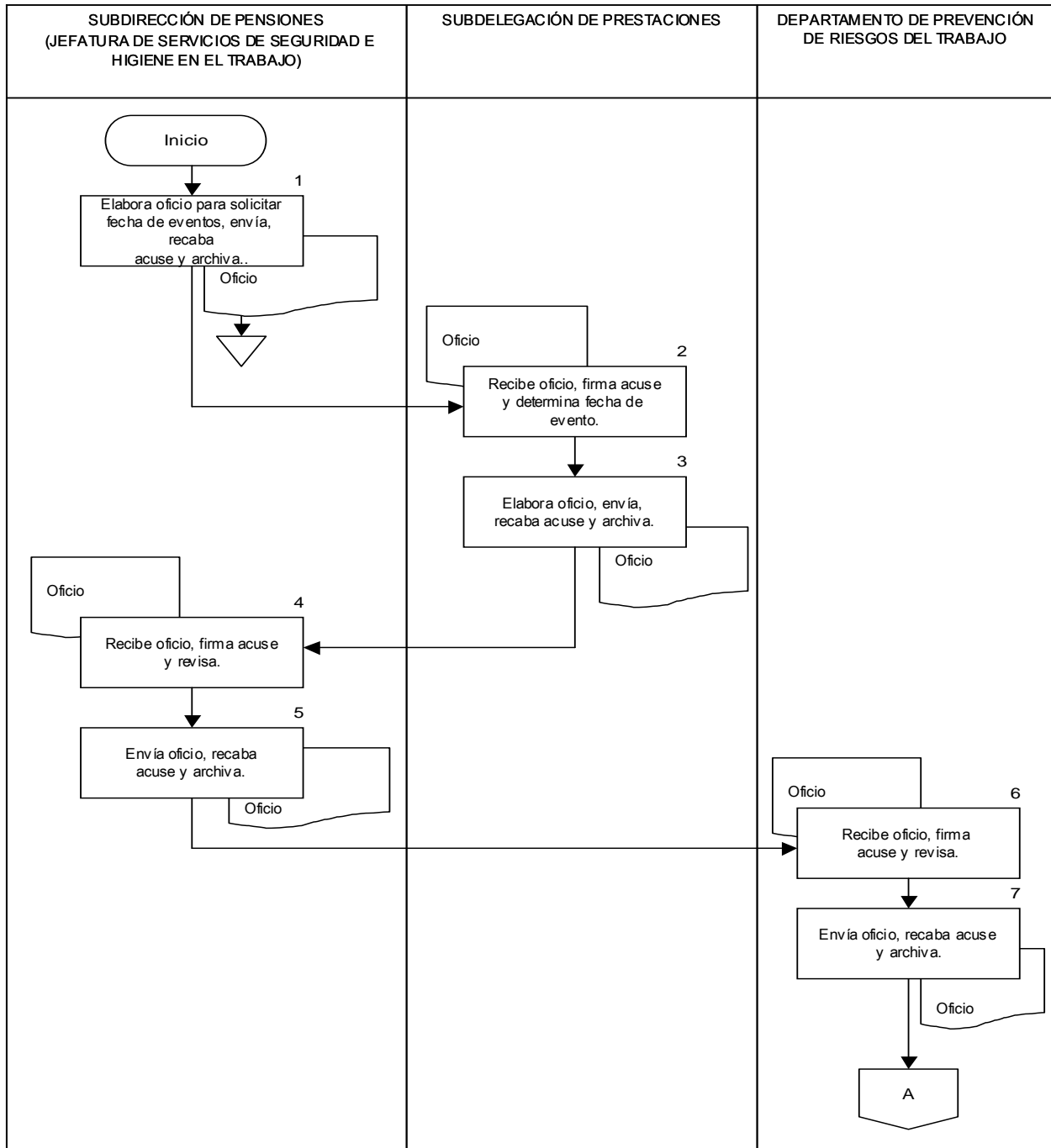
Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4007

#### 4. DIAGRAMA DE FLUJO



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



## 17. TRÁMITE PARA LA COORDINACIÓN DE EVENTOS MASIVOS DE SEGURIDAD E HIGIENE

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

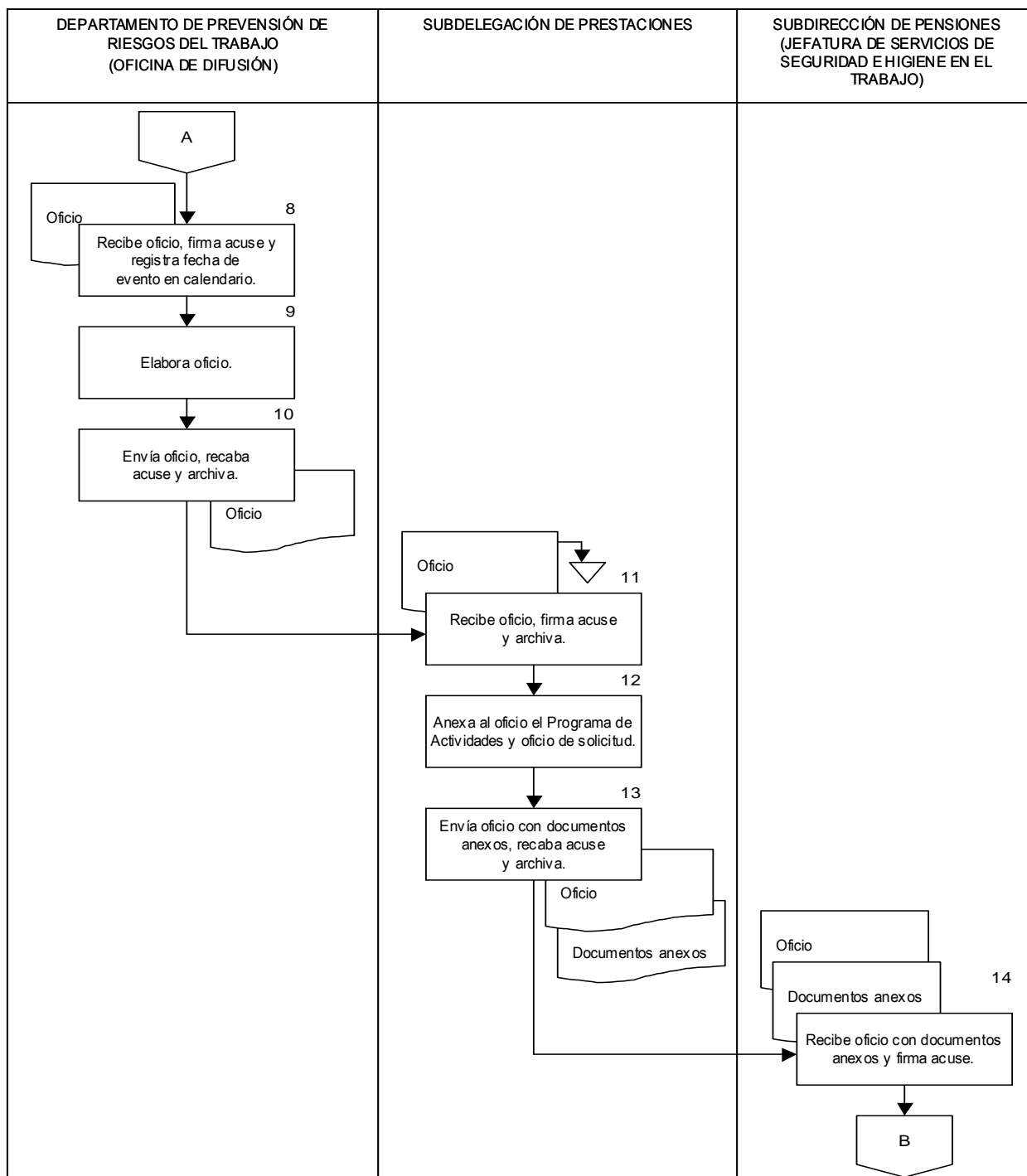
Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4008



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



## 17. TRÁMITE PARA LA COORDINACIÓN DE EVENTOS MASIVOS DE SEGURIDAD E HIGIENE

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

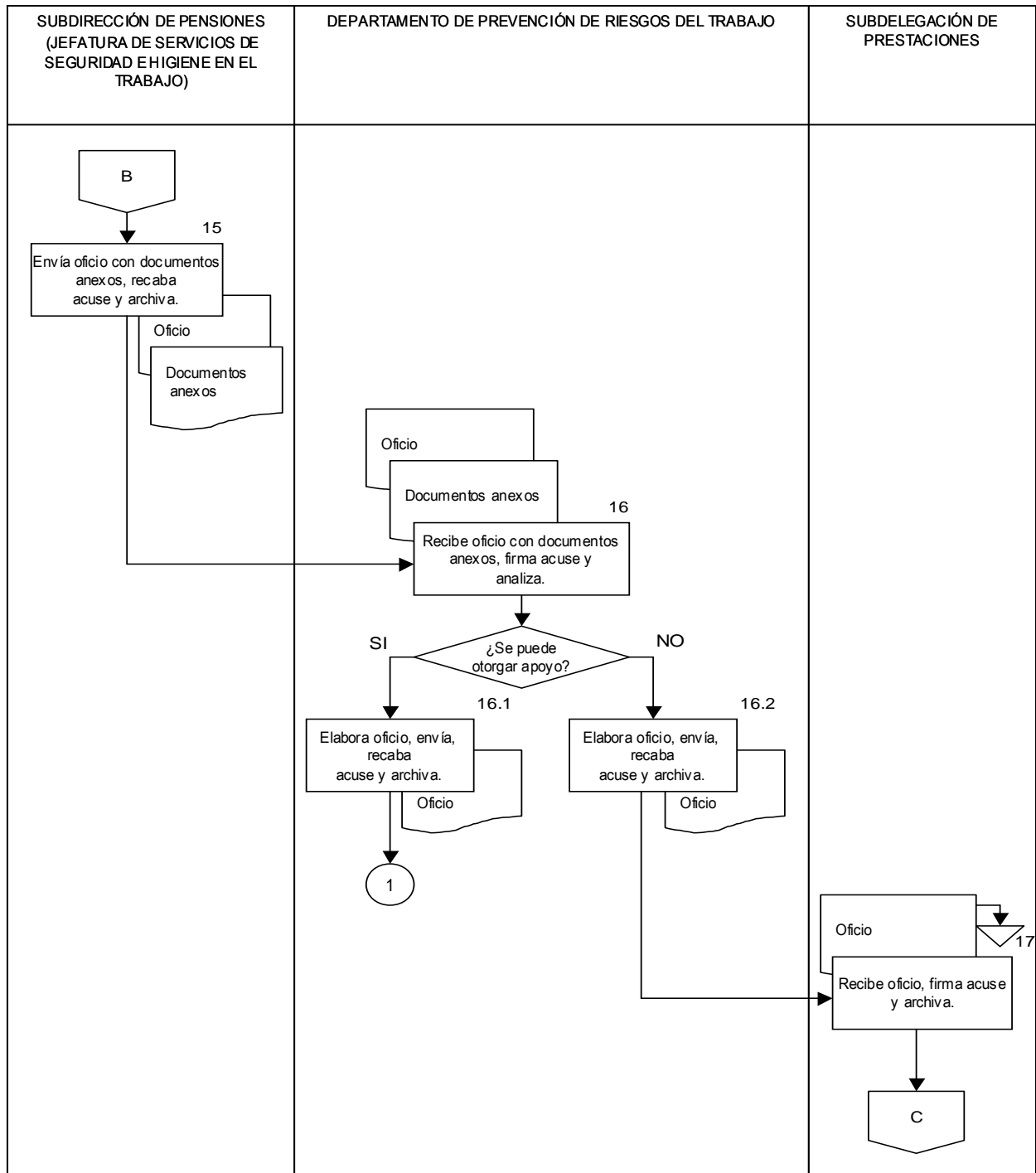
Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4009



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B





## 17. TRÁMITE PARA LA COORDINACIÓN DE EVENTOS MASIVOS DE SEGURIDAD E HIGIENE

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

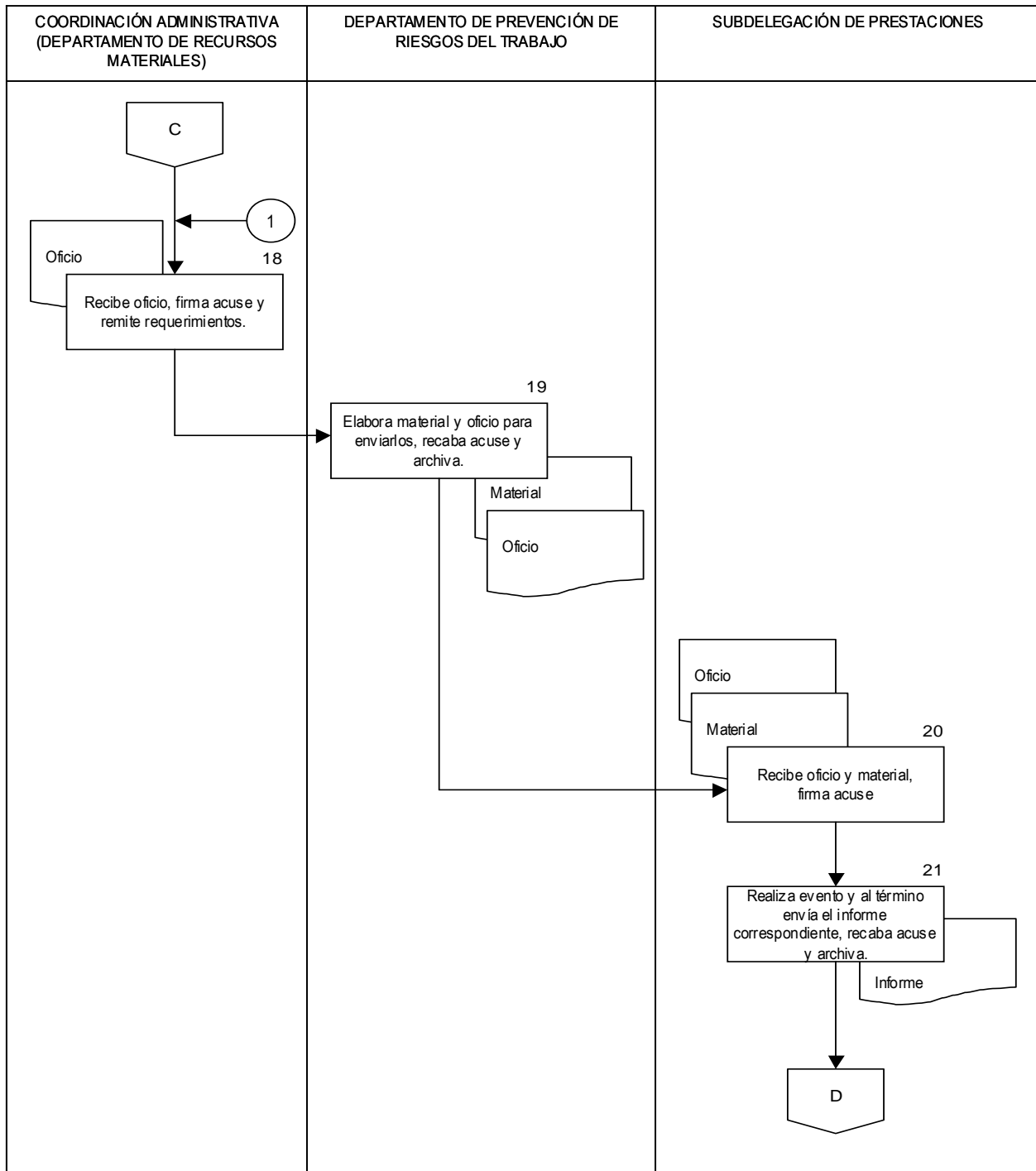
Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4010



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



## 17. TRÁMITE PARA LA COORDINACIÓN DE EVENTOS MASIVOS DE SEGURIDAD E HIGIENE

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

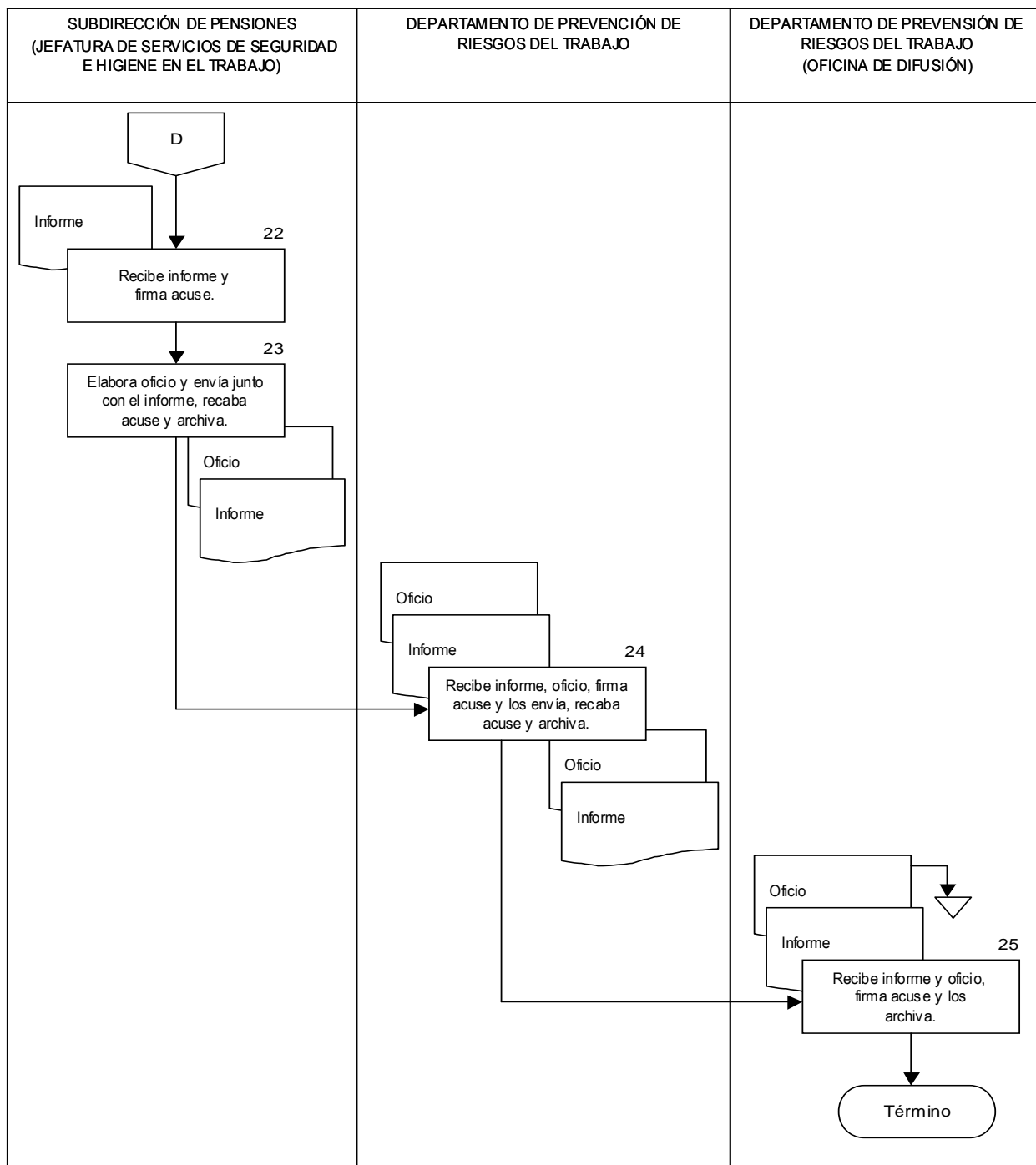
Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4011



DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



# 17. TRÁMITE PARA LA COORDINACIÓN DE EVENTOS MASIVOS DE SEGURIDAD E HIGIENE

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4012

## 5. REGISTROS

Nombre del Registro	Almacenamiento	Ordenado por	Tiempo de Retención	Protección	Disposición

## 6. REFERENCIAS

## 7. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

## 8. ANEXOS

## 9. RESUMEN DE CAMBIOS

Página	Punto ó Sección del Documento	Resumen y Motivo del Cambio
	Todo el documento	Simplificación, se dio orden a las actividades y se aclaró la redacción.

Nombre	Nombre	Nombre
Elaboró	Revisó	Aprobó

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE

TIPO B



**18. GUÍA DE OPERACIÓN DEL ARCHIVO  
DE EXPEDIENTES PENSIONARIOS**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4013

**18. GUÍA DE OPERACIÓN DEL ARCHIVO DE EXPEDIENTES  
PENSIONARIOS**



## 18. GUÍA DE OPERACIÓN DEL ARCHIVO DE EXPEDIENTES PENSIONARIOS

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4014

## ÍNDICE

### PÁGINA

1. OBJETIVO.....	3
2. CONSULTA Y PRÉSTAMO DE EXPEDIENTES.....	3
2.1. Políticas y Normas de Operación	
3. CUSTODIA DE EXPEDIENTES .....	4
3.1. Políticas y Normas de Operación	
4. TRANSFERENCIA DE EXPEDIENTES .....	5
4.1. Políticas y Normas de Operación	
5. INVENTARIO DE EXPEDIENTES .....	6
5.1. Políticas y Normas de Operación	
6. DISTRIBUCIÓN DE CARPETAS POR TIPO DE PENSIÓN .....	7
6.1. Políticas y Normas de Operación	



## 18. GUÍA DE OPERACIÓN DEL ARCHIVO DE EXPEDIENTES PENSIONARIOS

### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

#### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4015

### 1. OBJETIVO

PROPORCIONAR LOS LINEAMIENTOS PARA EL MANEJO DE LOS EXPEDIENTES PENSIONARIOS DEL ISSSTE.

### 2. CONSULTA Y PRÉSTAMO DE EXPEDIENTES

#### 2.1 POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN

- a. Los expedientes que se encuentran bajo custodia en el archivo pensionario, podrán ser solicitados para su consulta y verificación o bien para el procesamiento de un trámite complementario, debiendo requisitar sin excepción un vale de préstamo.
- b. El personal de archivo de cada Subdelegación Estatal o regional, deberá clasificar y ordenar los expedientes pensionarios por tipo de pensión y registro federal de contribuyentes a fin de facilitar la consulta y/o préstamo de expedientes cuando les sean requeridos.
- c. El personal de archivo, sólo prestará los expedientes a personal previamente autorizado por el Subdirector de Pensiones o el Subdelegado de Prestaciones Económicas.
  - Los préstamos de expedientes para trámite de gastos de funeral y transmisión de pensión, ajuste de cuota, pensión alimenticia, reanudación de pensión y suspensión de pensión por reingreso al servicio activo, estarán sujetos a devolución en un plazo máximo de 120 días, con la salvedad de que si el trámite se llegara a concluir antes del tiempo estipulado, el expediente deberá reintegrarse al archivo tan pronto termine gestión.
  - Cuando el préstamo de expediente sea para modificación de datos, certificados de antigüedad, gastos de funeral o consulta, la devolución del expediente se hará en un plazo máximo de 30 días o antes si se da por concluido el trámite.
  - El vale de préstamo se agrupará en el tarjetero de control una vez que el expediente haya sido entregado al solicitante y se ordenará por número de pensionista.
  - Cuando se efectúe la devolución del expediente prestado, el responsable del archivo corroborará que contenga el mismo número de hojas de que constaba hasta que fue solicitado.
  - Si se detecta la falta de algún documento, no se aceptará la devolución y se hará exigible la entrega en las condiciones originales.
  - Si el expediente se entrega completo, se extraerá el vale de préstamo y se devolverá al usuario que procederá a su destrucción.



## 18. GUÍA DE OPERACIÓN DEL ARCHIVO DE EXPEDIENTES PENSIONARIOS

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

<b>Código:</b>	<b>Versión:</b>
----------------	-----------------

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página
4016

- Si el expediente presenta un número mayor de hojas a las que inicialmente contenía, se revisará que la carátula haya sido complementada (ajuste de cuota, reposición de gastos de funeral transmisión de pensión, aplicación de sentencia, prestación de un servicio).
- Rutinariamente, se efectuará una revisión de los vales de préstamo aún prevalecientes en el tarjetero de control y se investigarán las causas del retraso en la devolución del expediente y se exigirá en su caso la devolución del mismo.

d. Es importante tomar en consideración que cuando exista solicitud de envío de expedientes originales para exhibirlos como prueba en juicios, será prudente obtener y conservar copia certificada de los mismos.

### 3. CUSTODIA DE EXPEDIENTES

#### 3.1 POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN

a. El área central emitirá y enviará a las Subdelegaciones de Prestaciones Económicas Estatales y Regionales, reportes mensuales de las pensiones tramitadas en cada área, con altas en nóminas de primeros pagos, para que desde el inicio del trámite se supervise y vigile la adecuada integración y los requisitos legales y documentales de los documentos en los expedientes y se cumpla con la normatividad establecida.

b. Devolverá al área central el reporte de las pensiones tramitadas que servirá como testimonio de que los expedientes estén debidamente integrados.

c. Una vez integrados, los expedientes deberán ser listados y remitidos al archivo para su guarda y custodia en forma periódica.

d. Los expedientes serán archivados tomando como referencia el Registro Federal de Contribuyentes del pensionista que haya originado el derecho a la pensión o indemnización global, en orden alfabético y separados por tipo de pensión de acuerdo a los siguientes colores de carpeta:

- 101 amarillas.- Pensión por jubilación
- 102 verdes.- Edad y tiempo de servicios
- 103 gris.- Invalidez
- 634 azul.- Cesantía en edad avanzada
- 200 rojo.- Pensión por muerte del trabajador
- 300 café.- Pensión por muerte del pensionista

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE		TIPO B
--	--	--------



## 18. GUÍA DE OPERACIÓN DEL ARCHIVO DE EXPEDIENTES PENSIONARIOS

### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

#### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4017

e. Cada Subdelegación de Prestaciones Económicas y Área Central seleccionará un lugar específico para establecer el archivo de expedientes pensionarios, cuya ubicación y extensión dependerá de las necesidades operativas y de la disponibilidad de recursos, sin embargo aún cuando se afronten limitaciones de personal, mobiliario y equipo o financieras, el archivo deberá cumplir como mínimo con los siguientes características:

- Mantener un acceso restringido.- Debe ser un espacio cerrado que sólo permita la entrada a personal autorizado.
- Facilitar la colocación, clasificación y localización de los expedientes.- Debe contar con mobiliario apropiado para la adecuada guarda y custodia de los expedientes.
- Evitar el deterioro o destrucción de su contenido.- Debe protegerse contra siniestros y eventualidades.

f. Los expedientes que se integren al archivo, serán exclusivamente aquellos trámites concluidos sobre los cuales ya no existe inconformidad o reclamaciones pendientes de solventar.

#### 4. TRANSFERENCIA DE EXPEDIENTES

##### 4.1 POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN

a. Todo pago otorgado a los pensionistas debe estar respaldado por su respectivo expediente, por lo que se deberán transferir los relativos a los pensionistas que cobren en otra entidad federativa y solicitar los que aparezcan en su nómina por cambio de radicación de pago, investigará la localización física del expediente (utilizando para consulta el Catálogo de Pensionistas CATSIR) y derivará una petición oficial del mismo al área que en ese momento lo tenga resguardado, de tal manera que todas las Delegaciones estatales cuenten con el respaldo documental de la totalidad de beneficios que mes a mes se pagan.

b. Los expedientes sobrantes que no justifiquen su permanencia en el archivo de la Delegación Estatal, deberán ser enviados al Archivo Central de pensiones, sobre todo aquellos que no generen transmisión de pensión y estén considerados como baja definitiva.

c. Las demandas en contra del Instituto establecidas en Tribunales locales o federales, relacionados con los beneficios pensionarios, serán atendidas por las Unidades Jurídicas adscritas a las Delegaciones estatales y del Distrito Federal, contando para ello con copias certificadas de los expedientes, por lo tanto los originales siempre permanecerán en los archivos correspondientes.

d. Los expedientes de indemnización global serán custodiados exclusivamente en la Delegación Estatal en la que se genere el pago; en consecuencia, no serán susceptibles de transferencia o concentración a oficinas centrales, a menos que medie una petición por escrito debidamente motivada.





## 18. GUÍA DE OPERACIÓN DEL ARCHIVO DE EXPEDIENTES PENSIONARIOS

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4018

e. La Delegación Estatal que realice el trámite de la pensión o Indemnización global, será responsable de la guarda y custodia del expediente respectivo, hasta que le sea requerido por otra Delegación u oficinas centrales, por lo que deberá controlar en forma rigurosa toda transferencia, especificando en los oficios con claridad los motivos, sobre todo aquellos que son por cambio de radicación de pago, y sin excepción se debe marcar copia al Jefe de Departamento de Control de Archivos, para que se realicen los movimientos de altas y bajas en el sistema.

f. De igual manera la Delegación que remita el expediente, lo hará por escrito y exigirá el acuse de recibido específico.

g. En las Delegaciones Regionales del Distrito Federal, el expediente debidamente integrado, será enviado al Archivo Central.

## 5. INVENTARIO DE EXPEDIENTES

### 5.1 POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN

a. El inventario físico de expedientes deberá efectuarse una vez al año, determinando cada área la fecha en que lo efectuará.

b. Solicitará a la Jefatura de Servicios Técnicos un reporte derivado de la nómina de pago que contenga todos los pensionistas vigentes a la fecha del reporte con los siguientes campos:

- Nombre y número de pensionista
- Registro Federal de contribuyentes
- Tipo de beneficio
- Radicación de pago

c. Con base en el listado, se verificará que la entidad cuente con todos los expedientes en el archivo local.

d. Los expedientes sobrantes serán investigados utilizando el sistema CATSIR y remitirá los expedientes a la Delegación donde tenga radicado el pago, de igual forma los expedientes que no localice deberá solicitarlos por escrito al área que lo mantenga bajo su custodia.

e. Después de agotar todas las instancias para la localización de expedientes faltantes en cada uno de los archivos, los no encontrados deberán ser listados, levantando acta de extravío que deberá ser informada al Subdirector de Pensiones y/o al Subdelegado de Prestaciones Económicas y al Jefe de Servicios de Asignación de Derechos para proceder en consecuencia.



## 18. GUÍA DE OPERACIÓN DEL ARCHIVO DE EXPEDIENTES PENSIONARIOS

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4019

## 6. DISTRIBUCIÓN DE CARPETAS POR TIPO DE PENSIÓN

### 6.1 POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN

a. Para conservar y controlar los expedientes por largos períodos de tiempo los expedientes deberán protegerse con carpetas de color diferente por cada tipo de pensión:

–	AMARILLAS	101	JUBILACIÓN
–	VERDE	102	EDAD Y TIEMPO DE SERVICIOS
–	GRIS	103	INVALIDEZ
–	AZUL	634	CESANTÍA EN EDAD AVANZADA
–	ROJO	206	VIUDEZ MUERTE DEL TRABAJADOR
–	ROJO	207	VIUDEZ MUERTE TRABAJADORA
–	ROJO	208	VIUDEZ Y ORF .MUERTE DEL TRABAJADOR
–	ROJO	209	ORFANDAD .MUERTE DEL TRABAJADOR
–	ROJO	210	CONCUBINATO MUERTE TRABAJADORA
–	ROJO	211	CONCUBINATO Y ORF. MUERTE DEL TRABAJADOR
–	ROJO	212	ASCENDENCIA .MUERTE DEL TRABAJADOR

b. El Archivo Central deberá elaborar una proyección de necesidades anual, tomando como base las estadísticas de movimientos efectuados en cada una de las pensiones por Delegación, solicitándolas a la Coordinación Administrativa y distribuir las en base a necesidades reales a cada una de las áreas solicitantes.



**19. GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE  
ARCHIVOS DE RIESGOS DEL TRABAJO Y  
SUBSIDIOS POR ENFERMEDADES NO  
PROFESIONALES.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

4020

**19. GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE ARCHIVOS DE  
RIESGOS DEL TRABAJO Y SUBSIDIOS POR  
ENFERMEDADES NO PROFESIONALES**



**19. GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE  
ARCHIVOS DE RIESGOS DEL TRABAJO Y  
SUBSIDIOS POR ENFERMEDADES NO  
PROFESIONALES.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

4021

**ÍNDICE**

**PÁGINA**

1. OBJETIVO.....	3
2. MARCO JURÍDICO.....	3
3. INTEGRACIÓN DE EXPEDIENTES.....	4
3.1. Metodología	
3.2. Clasificación	
3.3. Identificación de Carátulas	
4. ARCHIVO TEMPORAL.....	7
4.1. Área de Archivo Temporal	
4.2. Mobiliario para el Archivo Temporal	
5. ARCHIVO DEFINITIVO.....	8
5.1. Área de Archivo Definitivo	
5.2. Control de Expedientes	
5.3. Clasificación de Expedientes	
5.4. Préstamo de Expedientes	
5.5. Suministro de Antecedentes	
5.6. Traslado de Expedientes	
6. ACTUALIZACIÓN DE EXPEDIENTES.....	13
6.1. Contenido	
6.2. Carátula de los Expedientes Pensionarios	
7. CLAVES DE LOS TIPOS DE TRÁMITES DE RIESGOS DEL TRABAJO Y SUBSIDIOS POR ENFERMEDADES NO PROFESIONALES.....	14



**19. GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE  
ARCHIVOS DE RIESGOS DEL TRABAJO Y  
SUBSIDIOS POR ENFERMEDADES NO  
PROFESIONALES.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

4022

**1. OBJETIVO**

Eficientar el manejo y control de la documentación para los trámites de otorgamiento de pensión, finiquito de 5 anualidades, transmisión de pensión, liquidación de 6 meses y gastos de funeral derivados de los riesgos del trabajo; así como de los subsidios por enfermedades no profesionales.

**2. MARCO JURÍDICO**

a. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (Diario Oficial del 27 de diciembre de 1983).

Artículos:

3º fracciones II y IV	23	35	40	77
15	25	36	41	78
16 fracción I	26	37	42	79
17	33	38	43	
21 fracciones I y IV	34	39	75	

b. Reglamento de Prestaciones Económicas y Vivienda (Diario Oficial del 28 de junio de 1988).

Artículos:

4º	8º	40	43
5º	9º	41	44
7º	34	42	45



**19. GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE  
ARCHIVOS DE RIESGOS DEL TRABAJO Y  
SUBSIDIOS POR ENFERMEDADES NO  
PROFESIONALES.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

4023

### 3. INTEGRACIÓN DE EXPEDIENTES

#### 3.1 METODOLOGÍA

- a. Revisar, de ser posible, ante la presencia del interesado (trabajador, pensionista o familiar beneficiario) cada uno de los documentos que exige el trámite solicitado, de acuerdo con el Manual de Procedimientos correspondiente y comprobar que reúnan las condiciones de formalidad, legalidad y exactitud numérica.
- b. Al detectar irregularidades en alguno de los documentos presentados (tachaduras, raspaduras, enmendaduras, errores mecanográficos, lógicos y numéricos), proceder a su devolución, explicando al interesado las causas que motivan al rechazo.
- c. Ordenar y engrapar el conjunto de documentos que justifican la solicitud del trámite, de forma que conserven su integridad a partir de ese momento.
- d. Requisitar la solicitud con los datos generales del trabajador o ex-trabajador, imprimirle el sello receptor en una copia para entregarlo como acuse de recibo al interesado.
- e. Registrar el trámite en la libreta de control respectiva.
- f. Cuando se trate de trámites de reposición de gastos de funeral y/o transmisión de pensión, se deberá localizar el expediente del pensionista directo y verificar que no existan antecedentes sobre una prestación económica similar a la solicitada, concedida con anterioridad.
- g. Si se encuentran elementos documentales que comprueben la realización de un trámite anterior de reposición de gastos de funeral, se procederá a la devolución por escrito de los documentos que amparan el nuevo trámite, debiendo retener solamente el original de la factura y/o recibos presentados por el interesado, con el fin de evitar en el futuro actos fraudulentos en contra del Instituto.
- h. La documentación relativa a gastos de funeral se incorporará al expediente del pensionista fallecido.
- i. Si se encuentran elementos documentales que acrediten el derecho a la transmisión de la pensión para un primer grupo familiar, se actuará de acuerdo con lo establecido en la parte relativa del Manual de Procedimientos respectivo, teniendo especial cuidado de informar por escrito a cada grupo familiar sobre los cambios que se produzcan en su situación pensionaria, así como los ajustes en su cuota diaria de pensión.
- j. Las actividades de codificación, captura y validación de datos, no justificará que la documentación del trámite de que se trate sea desengrapada.



**19. GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE ARCHIVOS DE RIESGOS DEL TRABAJO Y SUBSIDIOS POR ENFERMEDADES NO PROFESIONALES.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

4024

**3.2 CLASIFICACIÓN**

a. Concluido el proceso antes descrito, se iniciará la clasificación e integración de los expedientes, observando las indicaciones siguientes:

CLAVE	DENOMINACIÓN	CARACTERÍSTICA
004	Incapacidad Total Temporal	Carpeta presboard azul
104	Pensión por Incapacidad Parcial Permanente	Carpeta azul con carátula impresa
105	Pensión por Incapacidad Total Permanente	Carpeta vino con carátula impresa
440 a 446	Pensión por Muerte del Trabajador	Carpeta durazno con carátula impresa
427 a 433	Transmisión de Pensión por Muerte del Pensionista	Carpeta roja con carátula impresa
	Casos Negados	Carpeta Institucional
	Subsidios por Enfermedades no Profesionales	Carpeta Institucional

b. Desengrape los documentos de cada trámite, realice perforaciones en el margen izquierdo de los elaborados en forma francesa (vertical) y en la parte superior del encabezado para los que muestran forma italiana (horizontal).

c. Verifique que las perforaciones de las carpetas y de los documentos sean coincidentes; de no ser así, evite ajustarlas manualmente (forzarlas) para que no se rompan los bordes de los documentos; es preferible reperforar y pegar refuerzos de tela engomada en los orificios, disminuyendo la posibilidad de que en el futuro se desprenda algún documento.

d. Los documentos justificatorios del trámite se archivarán conservando el mismo orden indicado en el párrafo 3 del punto 4.1.

e. Por lo que se refiere a los documentos administrativos producidos en el proceso de otorgamiento de la prestación económica solicitada, se incluirán en el orden lógico de aparición: originales del dictamen médico y del formato RT-10, copias de la concesión de beneficio, acuerdo de concesión de beneficio y de la liquidación de pago previa incorporación a nómina.

f. UNA VEZ INTEGRADO EL EXPEDIENTE, DEBERÁN FOLIARSE CONSECUTIVAMENTE TODAS Y CADA UNA DE SUS HOJAS, EMPEZANDO POR LA SOLICITUD.

g. Sólo debe integrarse un expediente por cada trabajador, aun cuando éste haya sufrido un segundo o más accidentes.

h. Sólo en los casos en que el trabajador haya sufrido un riesgo de trabajo y se le haya otorgado un subsidio por enfermedad no profesional, podrán existir 2 expedientes de un mismo trabajador.



**19. GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE ARCHIVOS DE RIESGOS DEL TRABAJO Y SUBSIDIOS POR ENFERMEDADES NO PROFESIONALES.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

4025

i. Como medida operativa, una vez integrado el expediente, adicione (sin perforar) entre la portada de la carpeta y la solicitud del trámite, los originales de la concesión del beneficio, del acuerdo de concesión del beneficio y, en su caso, de la liquidación de pago previa incorporación a nómina, mismos que deberán entregarse al interesado en la fecha para la que fue citado.

### 3.3 IDENTIFICACIÓN DE CARÁTULAS

#### **Carpetas para Pensiones por Riesgos de Trabajo**

a. La portada de las carpetas presentan una carátula impresa, específicamente diseñada para controlar la vida administrativa de una pensión, de tal forma que sin necesidad de hojearla se pueda conocer su origen, así como los movimientos que han alterado las condiciones originales (aumento o disminución de la prestación económica, cambio de radicación, suspensión, reactivación o cancelación).

b. Los datos que requiere la carátula se requisitarán utilizando bolígrafo de tinta negra o azul y escribiendo sólo con letras mayúsculas, procurando que sean claras al igual que los números:

- Año.- aquél en que se concede el beneficio de la pensión.
- N° de Control.- el asignado al trámite, compuesto de 7 posiciones, las dos primeras para establecer el código de la entidad federativa, las dos siguientes para indicar el mes de proceso y las tres últimas para señalar el número consecutivo con el que se dio acceso a la solicitud de pensión, el cual debe coincidir con el que se asienta en la parte superior izquierda del formato RT-10.
- Nombre.- los apellidos paterno y materno, así como el nombre completo del trabajador que generó el derecho.
- No. de Pensionista.- el número que corresponde al pensionista, mismo que servirá como llave alterna para ingresar al sistema pensionario de riesgos del trabajo.

c. En la ceja que sobresale de la contraportada, se anotará el Registro Federal de Contribuyentes del Trabajador que sufrió el riesgo de trabajo.

#### **Carpetas Para Incapacidad Total Temporal, Casos Negados y Subsidios Por Enfermedad no Profesional.**

a. Para la incapacidad total temporal se utilizarán carpetas presboard azules y, en los casos negados y subsidios, carpetas institucionales. Debido a que éstos carecen de una carátula diseñada para realizar anotaciones, los datos básicos de identificación del trámite se anotarán con marcador de tinta negra o azul, distribuyéndolos en el cuerpo de la portada:





**19. GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE ARCHIVOS DE RIESGOS DEL TRABAJO Y SUBSIDIOS POR ENFERMEDADES NO PROFESIONALES.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

<b>Código:</b>	<b>Versión:</b>
----------------	-----------------

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página
4026

- Nombre.- Los apellidos paterno y materno, así como el nombre completo del trabajador que generó el derecho.
- Tipo de Trámite.- Incapacidad Total Temporal, Caso Negado o Subsidio por Enfermedad no Profesional.
- N° de Control.- De 7 posiciones, las dos primeras para establecer el código de la entidad federativa que realizó el trámite, las dos siguientes indicarán el mes de proceso del trámite u otorgamiento del subsidio; y, las tres últimas señalarán el número consecutivo asignado a la solicitud en el momento de su recepción.
- Año.- Aquél en que se dictaminó el riesgo reclamado como de trabajo o se concedió el subsidio por enfermedad no profesional.
- En la ceja que sobresale de la contraportada, se anotará la clave del Registro Federal de Contribuyentes del trabajador que sufrió el riesgo de trabajo o solicitó el pago de subsidio por enfermedad no profesional.

b. Queda estrictamente prohibido hacer anotaciones en las caras externas o internas de las carpetas (nombres, direcciones, teléfonos, dibujos, etc.) ajenas a las requeridas para su control, clasificación, archivo y consulta.

#### 4. ARCHIVO TEMPORAL

##### 4.1 ÁREA DE ARCHIVO TEMPORAL

a. Cada Departamento de Pensiones y Seguridad e Higiene destinará un espacio dentro del local en el que se encuentran ubicadas sus Oficinas, con objeto de utilizarlo como área de archivo temporal para aquellos trámites de riesgos del trabajo que se encuentren en los siguientes supuestos:

- El expediente carece de algún requisito informativo que impide la continuidad del proceso para el dictamen de la prestación económica solicitada.
- El expediente contiene todos los requisitos exigidos por la normatividad vigente, pero el trabajador se encuentra en proceso de rehabilitación o convalecencia con una incapacidad total temporal.
- El expediente reúne además de los requisitos exigidos por la normatividad vigente, los productos administrativos que avalan el otorgamiento de la prestación económica (dictamen médico, concesión de beneficio, acuerdo de concesión de beneficio, liquidación de pago previa incorporación a nómina); pero habrá de esperarse a que el interesado se presente a recibir los originales de éstos últimos.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE		TIPO B
--	--	--------



**19. GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE ARCHIVOS DE RIESGOS DEL TRABAJO Y SUBSIDIOS POR ENFERMEDADES NO PROFESIONALES.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

<b>Código:</b>	<b>Versión:</b>
----------------	-----------------

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página
4027

- El expediente se determina como trámite concluido; por tanto, deberá conservarse durante los 120 días posteriores a la fecha en que el interesado recibió los productos administrativos mencionados en el punto anterior (en aplicación de lo dispuesto por el artículo 31 del Reglamento de Prestaciones Económicas y Vivienda del Instituto), ya que en el transcurso de dicho período podrá interponer alguna inconformidad o reclamación sobre el beneficio concedido o negado.

#### 4.2 MOBILIARIO PARA EL ARCHIVO TEMPORAL

a. El espacio reservado para el archivo temporal de expedientes deberá contar con el mobiliario adecuado que garantice:

- Conservación y limpieza del expediente.
- Seguridad en su manejo y custodia.

b. A éste mobiliario (primordialmente archiveros), solo tendrá acceso el personal autorizado por el Jefe del Departamento de Pensiones y Seguridad e Higiene en el Trabajo, con objeto de enviar el extravió de los expedientes o de cualquiera de los documentos que contienen.

c. Con la finalidad de eliminar la guarda ociosa de expedientes, se sugiere una permanente revisión del archivo temporal y la consiguiente transferencia al definitivo de aquellos trámites totalmente finiquitados.

#### 5. ARCHIVO DEFINITIVO

##### 5.1 ÁREA DE ARCHIVO DEFINITIVO

a. Cada Subdelegación de Prestaciones seleccionará un lugar específico para establecer el Archivo Definitivo de Pensiones por Riesgos de Trabajo y Subsidios por Enfermedad no Profesional, no existiendo condiciones especiales sobre ubicación y extensión, ya que éstas dependerán de las necesidades operativas y de la disponibilidad de recursos. Es importante destacar que aún cuando se afronten limitaciones de personal, mobiliario y equipo o financieras, el archivo definitivo deberá cumplir como mínimo con las siguientes características:

- Acceso restringido.- debe ser un espacio cerrado que sólo permita la entrada del personal autorizado (ésta característica será exigible aun cuando el Archivo Definitivo se instale dentro del archivo general de la Subdelegación de Prestaciones o bien de la Delegación Estatal).
- Facilitar la colocación, clasificación y localización de expedientes.- debe contar con mobiliario apropiado para la guarda y custodia de los documentos encarpetados.
- Evitar el deterioro o destrucción de su contenido.- debe protegerse contra siniestros y eventualidades.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE		TIPO B
--	--	--------



**19. GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE  
ARCHIVOS DE RIESGOS DEL TRABAJO Y  
SUBSIDIOS POR ENFERMEDADES NO  
PROFESIONALES.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

4028

b. Los expedientes que se integran a este Archivo, serán exclusivamente aquellos trámites concluidos, sobre los cuales ya no existe inconformidad o reclamación pendiente de solventar.

c. Cabe destacar que, no obstante que las incapacidades parciales permanentes son susceptibles de modificarse, en razón de que pueden aumentar o disminuir su porcentaje de valuación de secuelas, deben permanecer en éste archivo una vez concluido el término para presentar inconformidad o reclamación.

## 5.2 CONTROL DE EXPEDIENTES

a. Los expedientes que ingresan al archivo serán controlados a través de la apertura de tarjetas que auxiliarán al usuario en las labores de consulta de antecedentes y verificación de trámites.

b. Cada tarjeta contendrá inicialmente los siguientes datos:

**Fecha.-** El día, mes y año en que se recibe el expediente para su archivo definitivo.

**R.F.C.-** El Registro Federal de Contribuyentes que corresponde al trabajador que sufrió el riesgo del trabajo o solicitó el subsidio.

**No. de Pensionista.-** El número que identifica al pensionista directo o deudo.

**Contenido: \_\_\_\_\_ Hojas.-** El número de documentos de que consta el expediente, los cuales deben estar perfectamente foliados.

**Tipo de Beneficio.-** La clave numérica con la que se reconoce la prestación económica otorgada (Anexo ).

**Nombre.-** Los apellidos paterno y materno, así como el (los) nombre (s) completo (s) del trabajador que generó el derecho al beneficio.

Fecha: \_\_\_\_\_

R.F.C.: \_\_\_\_\_

No. de Pensionista: \_\_\_\_\_

Contenido \_\_\_\_\_ Hojas

Tipo de Beneficio: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Apellidos paterno, materno y nombre (s)



**19. GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE ARCHIVOS DE RIESGOS DEL TRABAJO Y SUBSIDIOS POR ENFERMEDADES NO PROFESIONALES.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

4029

c. Éstas tarjetas se irán incorporando rutinariamente en un tarjetero, integrando un catálogo por orden alfabético, ordenando por separado las de Riesgos del Trabajo, los Casos Negados, así como los Subsidios por Enfermedad no Profesional.

**IMPORTANTE.-** El método de trabajo que se describe para el control de expedientes podrá suplirse por otro con características de mayor modernidad (base de datos en microcomputadora), dependiendo de las facilidades de uso y aprovechamiento de equipo que imperen en cada Delegación Estatal.

### 5.3 CLASIFICACIÓN DE EXPEDIENTES

a. Los expedientes serán archivados tomando como referencia el Registro Federal de Contribuyente del trabajador o ex-trabajador que haya generado el derecho a la prestación económica correspondiente; bajo ésta condición, su colocación en los archivos o gaveteros seguirá un orden alfabético por tipo de beneficio (color).

### 5.4 PRÉSTAMO DE EXPEDIENTES

a. El archivo debe encontrarse bajo el resguardo de un responsable que puede ser el Jefe del Departamento u Oficina, o bien una persona designada especialmente para tal efecto.

b. Los expedientes que se encuentran en custodia dentro del Archivo Definitivo podrán ser solicitados para su consulta y verificación, o bien para el procesamiento de un trámite complementario, debiendo requisitar sin excepción un vale de préstamo.

c. El vale de préstamo se engrapará a la tarjeta de control una vez que el expediente haya sido entregado al solicitante, incluyendo ambos documentos en el tarjetero respectivo.

d. Cuando sea devuelto el expediente prestado, el responsable del archivo corroborará que contenga como mínimo el número de hojas de que constaba en el momento que fue solicitado:

- Si se detecta la falta de algún documento, no se aceptará la devolución y se hará exigible su entrega en las condiciones originales.
- Si el expediente se entrega completo, se extraerá el vale de préstamo procediendo a su destrucción en presencia del solicitante.
- Si el expediente presenta un mayor número de hojas a las que inicialmente contenía, se revisará que la carátula haya sido complementada (revaluación de secuelas, finiquito de pensión, cambio de tipo de beneficio, ajuste de cuota, reposición de gastos de funeral, transmisión de la pensión, aplicación de sentencia, prestación de un servicio) y, consecuentemente, se actualizará la tarjeta de control anotando los cambios que muestra el expediente citado.



**19. GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE  
ARCHIVOS DE RIESGOS DEL TRABAJO Y  
SUBSIDIOS POR ENFERMEDADES NO  
PROFESIONALES.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

4030

- Actualizada dicha tarjeta, se destruirá el vale de préstamo en presencia del solicitante.

DELEGACIÓN DEL I.S.S.S.T.E. EN _____ SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES Depto. de Pensiones y Seguridad e Higiene en el Trabajo		R.F.C.
<u>VALE DE PRÉSTAMO</u>		CONTENIDO _____ Hojas
Expediente a nombre de:		
Solicitado por: _____		Para: _____
Oficina: _____		
Fecha _____		Firma Autorizada _____

e. Rutinariamente, se realizará una revisión de los Vales de Préstamo aún existentes en el Tarjetero, investigando las causas del retraso en la devolución del expediente y exigiendo en su caso, la entrega del mismo.

f. Cuando los expedientes sean solicitados para exhibirlos como prueba en juicio, se proporcionará copia certificada.

#### 5.5 SUMINISTRO DE ANTECEDENTES

a. Con la finalidad de proporcionar información general sobre un trabajador o ex-trabajador y específica del beneficio que disfruta, se establecerá un sistema de consulta permanente interdelegacional (telefónico o escrito).

b. El acceso a esta información será exclusivo para:

- El Director General.
- El personal adscrito a la Dirección General.
- El personal adscrito a la Subdirección General de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD  
E HIGIENE

TIPO B



**19. GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE ARCHIVOS DE RIESGOS DEL TRABAJO Y SUBSIDIOS POR ENFERMEDADES NO PROFESIONALES.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

<b>Código:</b>	<b>Versión:</b>
----------------	-----------------

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página
4031

- El personal adscrito a la Jefatura de Servicios de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- El Delegado Estatal o Regional del Distrito Federal.
- El Subdelegado de Prestaciones.
- El Jefe de la Unidad Jurídica.
- El Jefe del Departamento de Pensiones y Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- El Personal Operativo (autorizado) adscrito al Departamento de Pensiones y Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- El Personal de Auditoría Interna (autorizado) adscrito al Órgano de Control Interno del Instituto; en su caso, el que se encuentre contratado por despachos que realizan auditorías externas.

c. Queda estrictamente prohibido el suministro de antecedentes a personas, instituciones o asociaciones diferentes de las citadas en el inciso anterior.

#### 5.6 TRANSFERENCIA DE EXPEDIENTES

a. La Delegación Estatal que realice el trámite de un riesgo de trabajo o subsidio por enfermedad no profesional, será responsable de la guarda y custodia del expediente respectivo, hasta que le sea requerido por otra Delegación o bien por Oficinas Centrales, a efecto de desahogar solicitudes de:

- Supervisión Normativa (área central)
- Transmisión de Pensión
- Reposición de Gastos de Funeral
- Cambio de Radicación

b. Asimismo, cuando alguna Delegación detecte la aparición de un nuevo pensionista dentro de la Nómina correspondiente a esa Entidad Federativa, investigará la localización física del expediente, solicitará el apoyo del Área Central y realizará una petición oficial del mismo a la Subdelegación que en ese momento lo tenga resguardado.

Lo anterior persigue el objetivo de que los archivos de las Delegaciones Estatales y Metropolitanas cuenten con el respaldo documental de la totalidad de los beneficios que mes a mes se pagan.

c. La petición de un expediente se hará invariablemente por escrito, de tal forma que el área que lo mantiene bajo su custodia justifique plenamente los movimientos de su transferencia.

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE		TIPO B
--	--	--------



**19. GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE  
ARCHIVOS DE RIESGOS DEL TRABAJO Y  
SUBSIDIOS POR ENFERMEDADES NO  
PROFESIONALES.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

4032

d. Igualmente, la Delegación que remita el expediente, lo hará por escrito, destinando copia a la Subdirección de Seguridad e Higiene en el Trabajo y exigirá a la Subdelegación de Prestaciones correspondiente, el acuse de recibo específico. Dicho envío se hará usando los canales idóneos (mensajería o paquetería), controlando el conjunto de trámites que involucre el traslado.

e. No se transferiría el expediente cuando la solicitud recibida en otra Delegación Estatal o en Oficinas Centrales sea específica para:

- Pensión Alimenticia

f. Las demandas en contra del Instituto establecidas en Tribunales Locales o Federales, relacionados con los beneficios pensionarios, serán atendidas por las Unidades Jurídicas adscritas a las Delegaciones Estatales y Regionales del Distrito Federal, proporcionando para ello copias certificadas de los expedientes, por lo tanto, los originales siempre permanecerán en los archivos correspondientes.

## **6. ACTUALIZACIÓN DE EXPEDIENTES**

### **6.1 CONTENIDO**

a. Los expedientes que dieron origen a una pensión por riesgo de trabajo o a un subsidio por enfermedad no profesional, serán complementados con nueva documentación en el caso de que su beneficiario o sus familiares derechohabientes realicen otro trámite relacionado con la prestación económica de que se trate.

Los documentos complementarios (de acuerdo con el trámite solicitado) corresponderán a los que son específicamente requeridos por los manuales e instructivos de operación del sistema pensionario y de subsidios por enfermedades no profesionales.

b. Es importante destacar que cuando se trate de una transmisión de pensión por muerte del pensionista, las carpetas de la pensión directa (colores azul o vino) serán desechadas, transfiriendo toda la documentación que contenían a la carpeta de color rojo y adicionando a ésta los nuevos documentos que requiere tanto el pago de los gastos de funeral, como la propia transmisión.

### **6.2 CARÁTULA DE EXPEDIENTES PENSIONARIOS**

a. La carátula de éstos expedientes presenta suficientes renglones para añadir secuencialmente los diversos trámites que pudiera efectuar un pensionista directo durante el disfrute de su beneficio y, a su muerte, por sus familiares derechohabientes.

b. La actualización de la carátula solamente implicará la anexión de datos en las columnas de:



**19. GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE ARCHIVOS DE RIESGOS DEL TRABAJO Y SUBSIDIOS POR ENFERMEDADES NO PROFESIONALES.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

4033

**AÑO.-** A partir de aquél en el que se concedió el beneficio de la pensión, se anotará el año en que se produzca un cambio sustancial en las características del pago, siempre que éste se hubiere derivado de un formato o reporte específico (a través de un Movimiento a la Nómina).

**No. DE CONTROL.-** Con 7 posiciones, el número de control que fue asignado para cada uno de los trámites (desde aquél que identifica al proceso de pensión que produjo la apertura del expediente).

**TRÁMITE.-** La clave que muestra el tipo de movimiento operado.

c. Cuando un trabajador sufra dos o más accidentes, la documentación correspondiente deberá archivar en la misma carpeta, distinguiéndola con un separador.

d. No deberá olvidarse que cuando el tipo de pensión otorgada a un trabajador cambie de 104 (Incapacidad Parcial Permanente) a 105 (Incapacidad Total Permanente), deberá efectuarse el cambio de carpeta de azul a vino.

e. Asimismo cuando la pensión por Incapacidad Parcial Permanente o Total Permanente se transmita a los deudos del pensionista, se producirá el cambio de carpeta de color azul a rojo o vino a rojo.

**7. CLAVES DE LOS TIPOS DE TRÁMITES DE RIESGOS DEL TRABAJO Y SUBSIDIOS POR ENFERMEDADES NO PROFESIONALES**

**NOMBRE**

**C L A V E**

– Incapacidad Total Temporal

004

**PENSIONES DIRECTAS**

– Pensión por Incapacidad Parcial Permanente

104

– Pensión por Incapacidad Total Permanente

105

**PENSIONES POR MUERTE DEL TRABAJADOR**

– Viudez (Esposa)

440

– Viudez (Esposo)

441





**19. GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE  
ARCHIVOS DE RIESGOS DEL TRABAJO Y  
SUBSIDIOS POR ENFERMEDADES NO  
PROFESIONALES.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

<b>Código:</b>	<b>Versión:</b>
----------------	-----------------

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página
4034

- Viudez y Orfandad 442
- Orfandad 443
- Concubinato 444
- Concubinato y Orfandad 445
- Ascendencia 446

**TRANSMISIÓN DE PENSIÓN POR MUERTE DEL PENSIONISTA**

- Viudez (Esposa) 427
- Viudez (Esposo) 428
- Viudez y Orfandad 429
- Orfandad 430
- Concubinato 431
- Concubinato y Orfandad 432
- Ascendencia 433

**TRANSMISIÓN DE PENSIÓN POR DESAPARICIÓN DEL PENSIONISTA**

- Viudez (Esposa) 734
- Viudez (Esposo) 735
- Viudez y Orfandad 736
- Orfandad 737

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE		TIPO B
---	--	--------



**19. GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE  
ARCHIVOS DE RIESGOS DEL TRABAJO Y  
SUBSIDIOS POR ENFERMEDADES NO  
PROFESIONALES.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN DE  
PRESTACIONES**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

4035

- |  |      |
|--|------|
| — Concubinato                          | 738  |
| — Concubinato y Orfandad               | 739  |
| — Ascendencia                          | 740  |
| — Casos Negados como Riesgo de Trabajo | C.N. |

**SUBSIDIO POR ENFERMEDAD NO PROFESIONAL**

S-1  
S-2  
S-3