

|  |
| --- |
|  UNIVERSIDAD VERACRUZANA SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS |
|  DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOSSolicitud de Ayuda Médica **DGRH-PS-FI-15** |
|  | 1 | MANDOS MEDIOS Y SUPERIORES | 3 | CONFIANZA | 4 | ACADÉMICO | FOLIORECURSOS HUMANOS |
|  |  |
| TRABAJADOR |
| No. PERSONAL | APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S) |
|  |  |
| DEPENDIENTE ECONÓMICO |
| CLAVE ÚNICA DEP. | APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S) |
|  |  |
| TIPO DE CONTRATACIÓN |
| CLAVE | DESCRIPCIÓN |
|  |  |
| ENTIDAD ACADÉMICA O DEPENDENCIA  |
| CLAVE | DESCRIPCIÓN |
|  |  |
| CONCEPTO DE AYUDA MÉDICA | IMPORTE |
| No. | DESCRIPCIÓN | SOLICITADO | AUTORIZADO |
| 1 | LENTES DE CONTACTO |  |  |
| 2 | ARMAZÓN |  |  |
| 3 | CRISTALES |  |  |
| 4 | MEDICAMENTOS |  |  |
| 5 | HONORARIOS CONSULTA |  |  |
| 6 | ANÁLISIS CLÍNICOS |  |  |
| 7 | ESTUDIOS GABINETE |  |  |
| 8 | APARATOS ORTOPÉDICOS |  |  |
| 9 | APARATOS AUDITIVOS |  |  |
| 10 | HOSPITALIZACIÓN |  |  |
| 11 | TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS |  |  |
| 12 | TRATAMIENTOS DENTALES |  |  |
| 13 | HONORARIOS CIRUGÍA |  |  |
| 22 | BANCO DE SANGRE |  |  |
| 24 | TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS |  |  |
| 25 | MEDICAMENTOS ALTA ESPECIALIDAD |  |  |
| 26 | APARATOS CARDIOLÓGICOS |  |  |
| 27 | LENTE INTRAOCULAR |  |  |
| 28 | PROTESIS Y MATERIAL TRAUMATOLOGÍA |  |  |
| SUMA $ |  |  |
| IMPORTE NO AUTORIZADO (DISMINUCIÓN) $ |  |  |
| IMPORTE A PAGAR $ |  |  |
| FIRMA DEL TRABAJADOR | OBSERVACIONES | REVISÓ |
|  |  | CLAVE | FECHA |
|  |  |

****

**UNIVERSIDAD VERACRUZANA**

**SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS**

**DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS**

INSTRUCTIVO DE LLENADO

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE DE LA FORMA | FORMATO DE SOLICITUD DE AYUDA MÉDICA |
| CLAVE DE LA FORMA | DGRH-PS-FI-15 |
| **OBJETIVO** | Solicitar el reembolso de gastos médicos (Funcionarios, Confianza, Académicos y Dependientes) ante la Dirección General de Recursos Humanos, de forma individual, es decir, se presentan los gastos del trabajador y de cada uno de sus dependientes por separado. |
| **MEDIO QUE SE UTILIZA** PARA SU LLENADO | Computacional o Mecanográfico. |
| **FRECUENCIA** | Cada vez que se requiera. |
| RESTRICCIONES | Nula, si el formato se presenta incompleto, con datos alterados (tachaduras o enmendaduras), carente de firmas de autorización o no cumple con la normatividad. |
| **No. DE EJEMPLARES**  | Original. |
| **DESTINO Y USO** | **ORIGINAL**.- Dirección General de Recursos Humanos. |
| PARA SU LLENADO |
| EN DONDE DICE | SE ANOTARÁ |
| **(1)MANDOS MEDIOS Y SUPERIORES (3)CONFIANZA****(4)ACADÉMICO** | Marcar con una “**X**” el tipo de personal que corresponda. |
| FOLIO RECURSOS HUMANOS | El número de control que le asigna la Dirección General de Recursos Humanos, al recibir la documentación. |
| **TRABAJADOR** |  |
| **No. DE PERSONAL** | El número asignado por la Dirección General de Recursos Humanos a cada empleado al ingresar a la Universidad Veracruzana. |
| **APELLIDO PATERNO, MATERNO, NOMBRE(S)** | El nombre completo conforme al acta de nacimiento del trabajador. |
| **DEPENDIENTE ECONÓMICO** |  |
| **CLAVE ÚNICA** | Anotará el número asignado a su dependiente por la Dirección de General de Recursos Humanos de la Universidad Veracruzana. |
| **APELLIDO PATERNO, MATERNO, NOMBRE(S)** | El nombre completo conforme al acta de nacimiento del dependiente. |
| **TIPO DE CONTRATACIÓN:** |  |
| **CLAVE** | La correspondiente de acuerdo al catálogo de tipo de contratación del trabajador. |
| **DESCRIPCIÓN** | El nombre de la forma de contratación correspondiente. |
| **ENTIDAD ACADÉMICA O DEPENDENCIA** |  |
| **CLAVE** | La correspondiente de acuerdo al catálogo de Entidades Académicas o Dependencias. |
| **DESCRIPCIÓN** | El nombre de la Entidad Académica o Dependencia que corresponda. |
| **CONCEPTO DE AYUDA MÉDICA** |  |
| **IMPORTE:** |  |
| **SOLICITADO** | La(s) cantidad(es) con número por el o los conceptos parciales que correspondan a los gastos médicos solicitados. |
| **AUTORIZADO** | La(s) cantidad(es) con número por el o los conceptos parciales que correspondan a los gastos médicos autorizados para su pago. *No llenar. Campo exclusivo para la Dirección General de Recursos Humanos.* |
| **SUMA** | El total de el o los conceptos parciales en la columna de solicitado. |
| **IMPORTE NO AUTORIZADO (DISMINUCIÓN)** | El importe, con número, de los gastos médicos no autorizados por no cumplir con los requisitos señalados en la normatividad correspondiente. *No llenar. Campo exclusivo para la Dirección General de Recursos Humanos.* |
| **IMPORTE A PAGAR** | La suma total autorizada para pago. *No llenar. Campo exclusivo para la Dirección General de Recursos Humanos.* |
| **FIRMA DEL TRABAJADOR** | La firma autógrafa del empleado que solicita la reposición de gastos médicos |
| **OBSERVACIONES** | Las aclaraciones por parte del trabajador, que cada caso en particular requiera. |
| **REVISÓ** |  |
| **CLAVE** | La clave del empleado que efectúa la revisión de la documentación anexa y coteja contra cantidades registradas en el formato de Solicitud de Ayuda Médica. *No llenar. Campo exclusivo para la Dirección General de Recursos Humanos.* |
| **FECHA** | El día, mes y año en que se realiza la revisión de la documentación. *No llenar. Campo exclusivo para la Dirección General de Recursos Humanos.* |