

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | FOLIO  RECURSOS 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.* |