



Ministerio de Salud
Unidad de Administración de Recursos Humanos

“Actualización del Manual de Procedimientos de Recursos Humanos de las Regiones de Salud y Hospitales Nacionales del Ministerio de Salud”

San Salvador, 2013



1. Reclutamiento de Personal.....	2
2. Selección de Personal.....	3
3. Nombramiento y Contratación de Personal.....	7
4. Inducción General de Personal.....	12
5. Licencias y Acciones de Personal.....	13
6. Servicio Social de las Carreras de la Salud.....	15
7. Elaboración de Refrenda de Nombramiento y Renovación de Contrato de Personal.....	20
8. Elaboración de Presupuesto de Recursos Humanos.....	23
9. Emisión de Planillas.....	25
10. Administración del Sistema de Información de Recursos Humanos Institucional (SIRHI).....	28
11. Actualización y Apertura de Expediente, Tarjeta de Registro Laboral.....	31
12. Control de Asistencia.....	34
13. Emisión de Constancias de Sueldo o Tiempo de Servicio y Certificación de Tarjeta de Registro Laboral.....	37
14. Carnetización de Empleados.....	39
15. Aplicación del Sistema de Incentivos por Merito Personal.....	41
15-A. Forma de proceder en caso de inconformidad con el resultado de evaluación al desempeño.....	44
16. Gestión para la Adquisición y Entrega de Fianzas para los Funcionarios y Empleados.....	46
17. Contratación de Servicios Profesionales.....	50
18. Tramite de Declaración Jurada del Estado del Patrimonio de los Funcionarios	



y Empleados.....	54
Índice de Formatos.....	58



San Salvador, catorce de febrero de dos mil trece.-

RESOLUCION MINISTERIAL Nº.: 21

El Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud, Considerando:

- I. Que el Manual de Procedimientos de Recursos Humanos de las Regiones de Salud y Hospitales Nacional: Generales, Regionales y Especializados del Ministerio de Salud, se oficializó en el mes de abril del año dos mil nueve.
- II. Que por medio de resolución ministerial número veintitrés, del día veintidós de febrero del año dos mil diez, se oficializó la nueva Estructura Organizativa de este Ministerio.
- III. Que es necesario adecuar los procedimientos de Recursos Humanos a la nueva estructura organizativa de éste Ministerio de Salud, a fin de agilizar la gestión de la contratación de personal.

POR TANTO:

Con fundamento en lo dispuesto en los considerandos anteriores, y en el Art. 12 de las Normas Técnicas de Control Interno Específicas del Ministerio de Salud en uso de sus facultades, **ACUERDA: ACTUALIZAR** a partir del 1º de marzo de dos mil trece, el Manual de Procedimientos de Recursos Humanos de las Regiones de Salud y Hospitales Nacionales del Ministerio de Salud, específicamente en lo relativo a los Procedimientos y Formatos, de: 1) Reclutamiento de Personal, 2) Selección de Personal, 3) Nombramiento y Contratación de Personal, 4) Inducción General de Personal, 5) Licencias y Acciones de Personal, 6) Servicio Social de las Carreras de La Salud, 7) Elaboración de Refrenda de Nombramiento y Renovación de Contrato de Personal, 8) Elaboración de Presupuesto de Recursos Humanos, 9) Emisión de Planillas, 10) Administración del Sistema de Información de Recursos Humanos Institucional (SIRHI), 11) Actualización y Apertura de Expedientes, Tarjetas de Registro Laboral, 12) Control de Asistencia, 13) Emisión de Constancias de Sueldo, Tiempo de Servicio y Certificación de Tarjetas de Registro Individual, 14) Carnetización de Empleados, 15) Aplicación del Sistema de Incentivos por Mérito Personal, 15-A. Forma de proceder en caso de inconformidad con el resultado de evaluación al desempeño 16) Gestión para la Adquisición y Entrega de Fianzas para los Funcionarios y Empleados, 17) Contratación de Servicios Profesionales, y 18) Trámite de la Declaración Jurada del Estado del Patrimonio de los Funcionarios y Empleados, de la siguiente manera:

1. PROCEDIMIENTO: RECLUTAMIENTO DE PERSONAL DE LAS REGIONES DE SALUD Y HOSPITALES NACIONALES: GENERALES, REGIONALES Y ESPECIALIZADOS DEL MINISTERIO DE SALUD.

RESPONSABLE: DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO: Identificar e interesar a candidatos idóneos para ocupar las plazas vacantes.

DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDAD
Jefe del Departamento de Recursos Humanos.	1	<p>Recibir y remitir los currículum vitae que cumplan con los requerimientos establecidos de personas interesadas en laborar en la Institución, al Técnico de Recursos Humanos, para entrevistar o conformar el Banco de oferentes de servicios.</p> <p>Girar instrucciones al Técnico de Recursos Humanos, para iniciar el proceso de reclutamiento en forma interna o externa.</p>
Técnico de Recursos Humanos.	2	<p>Recibir los currículum vitae de personas interesadas en laborar en la Institución.</p> <p>Conformar, actualizar y depurar por lo menos una vez al año el Banco de oferentes de servicios. (RH:01.03)</p> <p>Clasificar, Registrar, Archivar y Resguardar por disciplina los documentos e información del Banco de oferentes de servicios.</p> <p>Elaborar y colocar anuncio para atender una necesidad de recurso, para ocupar una plaza vacante, en caso de reclutamiento interno (RH:01.01)</p> <p>Elaborar y gestionar la publicación en un medio escrito de comunicación (según disponibilidad financiera) o contactar con Instituciones Educativas o Asociaciones Profesionales, cuando surja una vacante como reclutamiento externo. (RH:01.02)</p>

2. PROCEDIMIENTO: SELECCIÓN DE PERSONAL DE LAS REGIONES DE SALUD Y

HOSPITALES NACIONALES: GENERALES, REGIONALES Y ESPECIALIZADOS DEL MINISTERIO DE SALUD.

RESPONSABLE: DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO: Dotar del recurso humano idóneo, de acuerdo al perfil del puesto.

DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDAD
Jefe del área solicitante.	1	Elaborar y remitir Solicitud de Recurso Humano al Director del establecimiento para ocupar una vacante. (RH:02.01)
Director del establecimiento	2	Recibir, autorizar y remitir la Solicitud de Recurso Humano al Jefe del Departamento de Recursos Humanos. Recibir y analizar el tipo de recurso humano requerido, para determinar el proceso de selección: promoción interna o selección externa.
Jefe del Departamento de Recursos Humanos.	3	Recibir y marginar requerimiento del área solicitante al Técnico de Recursos Humanos.
Técnico de Recursos Humanos.	4	Recibir y analizar el requerimiento del área solicitante, con información contenida en el Manual Descriptivo de Clases Verificar la existencia y tipo de financiamiento de la vacante. Comunicar al Jefe del Departamento de Recursos Humanos, sobre la información verificada para atender el requerimiento.
Jefe del Departamento de Recursos Humanos.	5	Instruir al Técnico de Recursos Humanos, para que inicie el proceso de selección. Conformar y convocar al Comité de Selección de Personal, para iniciar el proceso de Selección de Personal. Presentar los currículos de los candidatos que cumplen con el perfil solicitado, al Comité de Selección de Personal

DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDAD
Comité de Selección de Personal	6	Elaborar acta de inicio del proceso de selección, de acuerdo a los lineamientos ya establecidos y definir fechas de ejecución. (RH:02.02)
Técnico de Recursos Humanos.	7	<p>Pedir al Jefe del Área solicitante, elaborar instrumento de evaluaciones técnicas que demande la vacante.</p> <p>Convocar a entrevista, evaluación psicológica y técnica a aquellos candidatos que cumplen con el perfil del puesto.</p> <p>Solicitar a Psicólogo(a) realizar y calificar las evaluaciones psicológicas a los candidatos que cumplen con el perfil solicitado.</p>
Jefe del Área solicitante.	8	<p>Elaborar los instrumentos de la prueba técnica.</p> <p>Realizar y calificar entrevista específica a los candidatos.</p> <p>Aplicar y calificar prueba técnica.</p> <p>Remitir pruebas técnicas y entrevistas debidamente sellados y firmados al Jefe Departamento de Recursos Humanos.</p>
Jefe del Departamento de Recursos Humanos	9	<p>Realizar y calificar entrevista general a los candidatos. (RH:02.05)</p> <p>Recibir del área solicitante, los resultados de las evaluaciones y entrevistas.</p> <p>Remitir al Técnico de Recursos Humanos resultados.</p>
Técnico de Recursos Humanos	10	<p>Verificar telefónicamente las referencias laborales y personales de los candidatos elegibles. (RH:02.03 y RH:02.04)</p> <p>Recibir resultados y elaborar Cuadro Resumen del Proceso. (RH:02.06)</p> <p>Remitir el Cuadro Resumen del Proceso al Jefe del Departamento de Recursos Humanos.</p>

DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDAD
Jefe del Departamento de Recursos Humanos	11	<p>Recibir Cuadro Resumen y expediente del Proceso.</p> <p>Convocar al Comité de Selección de Personal.</p>
Comisión de Servicio Civil o Comité de Selección de Personal	12	<p>Revisar los resultados de evaluaciones de los candidatos, con sus respectivos expedientes.</p> <p>Realizar y calificar el análisis curricular de los candidatos.</p> <p>Elaborar y firmar Acta de Resultados de Selección de Recurso. (RH:02.07)</p> <p>Remitir expediente del proceso al Director del establecimiento.</p>
Director del Establecimiento.	13	<p>Seleccionar candidato y girar instrucciones por escrito al Jefe del Departamento de Recursos Humanos, para dar inicio al trámite de nombramiento o contratación.</p> <p>Remitir expediente del proceso al Jefe del Departamento de Recursos Humanos.</p>
Jefe del Departamento de Recursos Humanos	14	<p>Recibir documentación e instrucciones, para inicio de trámites de nombramiento o contratación y remitir a Técnico de Recursos Humanos, para que elabore propuesta.</p> <p>Entregar expedientes de candidatos que no fueron seleccionados a Técnico de Recursos Humanos para archivar en Banco de candidatos elegibles.</p>
Técnico de Recursos Humanos	15	<p>Recibir y archivar en el Banco de Candidatos Elegibles, documentos de los candidatos no seleccionados.</p> <p>Contactar e informar al recurso seleccionado para que entregue exámenes médicos*, y complete la documentación pendiente y constancia médica con vigencia no mayor de 3 meses.</p>



DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDAD
		<p>En caso que el recurso seleccionado no acepte ocupar la vacante por motivos personales o de salud, el Director del establecimiento definirá el siguiente recurso de este mismo proceso.</p> <p>*NOTA: Constancia de Salud, no mayor de tres meses; Exámenes de Laboratorio: General de heces, orina, y VDRL.</p>



3. PROCEDIMIENTO: NOMBRAMIENTO Y CONTRATACIÓN DE PERSONAL DE LAS REGIONES DE SALUD Y HOSPITALES NACIONALES: GENERALES, REGIONALES Y ESPECIALIZADOS DEL MINISTERIO DE SALUD.

RESPONSABLE: DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO: Oficializar la relación laboral del recurso humano de los diferentes Establecimientos del Ministerio de Salud.

DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		
RESPONSABLE	Nº	ACTIVIDAD
Jefe Departamento de Recursos Humanos	1	Recibir documentación del personal seleccionado e instruir al Auxiliar de Recursos Humanos, para la elaboración de Propuesta(s) de Nombramiento o Contratación individual o global.



Auxiliar de Recursos Humanos.	2	<p>Elaborar Propuesta de Nombramiento o Contratación del recurso seleccionado individual o global, que podrá ser: Personal Administrativo, Médico o Paramédico. (RH 03.01. RH 03.02, RH 03.03, RH 03.04, RH 03.05, RH 03.06 RH 03.07 y RH 03.08).</p> <p>Recibir documentación pendiente de entregar del recurso nombrado o contratado, tales como: Currículum, Fotocopias de documentos vigentes, atestados de estudio, partida de nacimiento, número de cuenta bancaria, Formulario para Declaración de cargos.</p> <p>Adjuntar a propuesta, documentación requerida y acta de resultados del proceso de selección, para amparar el cumplimiento de los requisitos del cargo, copia de Propuesta y Acuerdo de la acción que generó la vacante.</p> <p>Actualizar y elaborar Cuadro de Plazas Vacantes RH 03.09</p> <p>Elaborar Documentación requerida por :</p> <p>El Ministerio de Hacienda, para Plazas Administrativas, por Ley de Salarios y Contratos; y para plazas Médicas y Paramédicas, por Contrato.</p>
DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		
RESPONSABLE	Nº	ACTIVIDAD

		<p>El Ministerio de Salud, para Plazas Médicas y Paramédicas por Ley de Salarios.</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Oficio y Memorandum de solicitud de nombramiento o contratación de personal, dirigido al Titular del Ramo o al Ministro de Hacienda, según sea el caso. (RH 03.10 a RH 03.11). b. Oficio de solicitud de Contrataciones de Personal Médico o Paramédico, en creación de plazas, firmado por Director del Establecimiento. (RH 03.12 RH 03.13). c. En coordinación con el Jefe del área solicitante, completar el formato de la Información Básica y elaborar situación actual y propuesta; para solicitar nombramientos y contrataciones de personal ante el Ministerio de Salud y/o de Hacienda y elaborar solicitud de contrataciones de personal médico y paramédico (en caso de plaza nueva) RH 03.14, RH 03.15 y RH 03.16 d. Resolución de Justificación, plazas Administrativas por Ley de Salarios y Contrato. (RH 03.17) NOTA: Se elabora a partir de que se emite Decreto Ejecutivo de la Política de Ahorro del Sector Público, si la hubiera. e. Acuerdo de nombramiento para firma del Despacho Ministerial, para el caso de plazas Médicas y Paramédicas del personal de la Dirección Regional de Salud. En el caso de personal de los Hospitales Nacionales el Acuerdo de Nombramiento o Contrato lo firmará el Director del Establecimiento al obtener la autorización respectiva. <p>Remitir Propuesta de Nombramiento o Contratación y Acuerdo (en el caso de las Regiones) con la documentación correspondiente al Jefe Departamento de Recursos Humanos.</p>
DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		
RESPONSABLE	Nº	ACTIVIDAD

Jefe Departamento de Recursos Humanos.	3	Recibir, revisar, firmar y remitir Propuesta de Nombramiento o Contratación con la documentación respectiva, al Director del Establecimiento, para que firme como Solicitante.
Director del Establecimiento	4	Recibir, firmar y devolver Propuesta de Nombramiento o Contratación y anexos al Jefe Departamento de Recursos Humanos.
Jefe Departamento de Recursos Humanos.	5	Recibir y remitir Propuesta de Nombramiento o Contratación con anexos a Jefe de la Unidad de Administración de Recursos Humanos.
Jefe de la Unidad de Administración de Recursos Humanos.	6	<p>Recibir y revisar propuesta de Nombramiento o Contratación con anexos para el trámite respectivo.</p> <p>En el caso que la documentación presente inconsistencias se devuelve al Jefe Departamento de Recursos Humanos.</p> <p>Remitir al Jefe Departamento de Recursos Humanos, autorización o denegación del Ministerio de Hacienda o Ministerio de Salud (en caso de Regiones).</p> <p>Remitir al Jefe Departamento de Recursos Humanos la autorización del Ministerio de Salud para formalizar nombramiento (en caso de Hospitales).</p>
Jefe Departamento de Recursos Humanos.	7	Recibir autorización o denegación del Ministerio de Hacienda o Ministerio de Salud y remitir al Auxiliar de Recursos Humanos para formalizar nombramiento y/o contratación.
Auxiliar de Recursos Humanos.	8	<p>En caso de Regiones:</p> <p>Recibir Acuerdo de Nombramiento del Ministerio de Salud para los trámites respectivos.</p> <p>Recibir autorización del Ministerio de Hacienda para elaborar Acuerdo de Nombramiento o Contrato y remitir a Jefatura inmediata para revisión RH 03.18, RH 03.19, RH 03.20, RH 03.21 y RH 03.22</p> <p>Elaborar resolución en caso que no supere el periodo de prueba RH 03.23.</p> <p>En caso de Hospitales:</p>
DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		

RESPONSABLE	Nº	ACTIVIDAD
		<p>Recibir autorización del Ministerio de Hacienda o Ministerio de Salud para elaborar Acuerdo de Nombramiento o contrato y remitir a Jefatura inmediata para revisión RH 03.18, RH 03.19, RH 03.20, RH 03.21 y RH 03.22.</p> <p>Elaborar resolución en caso que no supere el periodo de prueba RH 03.23.</p>
<p>Jefe Departamento de Recursos Humanos</p>	<p>9</p>	<p>Girar instrucciones al Auxiliar de Recursos Humanos para que informe al Jefe de área solicitante, sobre la autorización del nombramiento o contratación del Ministerio de Hacienda o Ministerio de Salud y la fecha de posesión del cargo.</p> <p>En caso de Regiones:</p> <p>Recibir y revisar Acuerdo de Nombramiento o Contrato y lo remite al Jefe de Unidad de Administración de Recursos Humanos.</p> <p>En caso de Hospitales:</p> <p>Recibir y revisar Acuerdo de Nombramiento o Contrato y lo remite al Director del establecimiento para firma.</p>
<p>Jefe de la Unidad de Administración de Recursos Humanos o Director de Establecimiento.</p>	<p>10</p>	<p>En caso de Regiones:</p> <p>Recibe para el trámite respectivo. Después de autorizado, lo devuelve a Jefe Departamento de Recursos Humanos.</p> <p>En caso de Hospitales:</p> <p>Recibe y firma Acuerdo de Nombramiento o Contrato y lo devuelve a Jefe Departamento de Recursos Humanos.</p>
<p>Jefe Departamento de Recursos Humanos.</p>	<p>11</p>	<p>Recibe y remite a Auxiliar de Recursos Humanos para trámites pertinentes.</p>
	<p>12</p>	<p>Recibe y remite copia de Acuerdo de Nombramiento o Contrato, a la Unidad o Departamento Financiero Hospitalario o Regional para trámites</p>

DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		
RESPONSABLE	Nº	ACTIVIDAD
Auxiliar de Recursos Humanos		<p>correspondientes.</p> <p>Deberá hacer de conocimiento o entregar copia de Acuerdo o Contrato, a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Encargado del SIRHI - Encargado de Planillas - Encargado de Registro y Control. - Encargado de Control de Asistencia - Encargado de Archivo

4. PROCEDIMIENTO: INDUCCIÓN GENERAL DE PERSONAL DE LAS REGIONES DE SALUD Y HOSPITALES NACIONALES: GENERALES, REGIONALES Y ESPECIALIZADOS DEL MINISTERIO DE SALUD.

RESPONSABLE: DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO: Brindar la inducción general al personal que ingresa a la institución, haciendo uso del correspondiente Manual.

DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		
RESPONSABLE	No.	PROCEDIMIENTO
Jefe Departamento de Recursos Humanos	1	Girar instrucciones al Técnico de Recursos Humanos, para iniciar proceso de inducción.

<p>Técnico Departamento de Recursos Humanos.</p>	<p>2</p>	<p>Recibir y dar conocer al personal la información general del establecimiento, referente a misión, visión, valores, estructura organizativa, derechos, deberes y prohibiciones, prestaciones laborales; dejando constancia de la inducción en el expediente personal. (RH 04.01.)</p> <p>Proporcionar al nuevo empleado para complementar formularios:</p> <p>Declaración de Responsabilidades Éticas. (RH 04.06)</p> <p>Designación de Beneficiarios (RH 04.03)</p> <p>Certificado del Seguro Colectivo de Vida del Ministerio de Hacienda.</p> <p>Elaborar Memorandum de remisión de Certifica de Seguro Colectivo, adjuntando detalle. (RH 04.04), (RH 04.05.)</p> <p>Dar a conocer al empleado que se someterá a un período de tres meses de prueba, de acuerdo a normativa vigente.</p> <p>Elaborar y entregar carta de presentación al jefe inmediato, para que realice la inducción específica. (RH 04.02)</p>
--	----------	---

5. PROCEDIMIENTO: LICENCIAS Y ACCIONES DE PERSONAL DE LAS REGIONES DE SALUD Y HOSPITALES NACIONALES: GENERALES, REGIONALES Y ESPECIALIZADOS DEL MINISTERIO DE SALUD.

RESPONSABLE: DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO: Formalizar las diferentes licencias y acciones de personal.

DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDAD

Empleado Solicitante	1	Solicita Licencia, Acción de Personal o modificativa de las anteriores a su jefe inmediato. (RH 05.01.)
Jefe Inmediato	2	Recibir y firmar Solicitud de Licencia, Acción de Personal o modificativas de las anteriores y remitir al Jefe Departamento de Recursos Humanos para su trámite.
Jefe Departamento de Recursos Humanos	3	Recibir Solicitud de Licencia o Acción de Personal o modificativas de las anteriores, con sus anexos (si aplica). Remitir al Técnico de Recursos Humanos, Solicitud y anexos (si aplica), para elaboración del Acuerdo o Resolución Administrativa. (RH 05.02), (RH 05.03) (RH 05.04), (RH 05.05) y (RH 05.06)
Técnico de Recursos Humanos	4	Recibir y elaborar el Acuerdo o Resolución Administrativa de Licencia o Acción de Personal y pasar a revisión del Jefe del Departamento de Recursos Humanos.
Jefe del Departamento de Recursos Humanos	5	Recibir, revisar y remitir el Acuerdo o Resolución con documentos probatorios (si aplica), al Director del Establecimiento, para firma de autorización de la licencia o acción de personal.
Director del Establecimiento	6	Recibir, firmar y remitir el Acuerdo al Jefe Departamento de Recursos Humanos.
DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDAD
Jefe Departamento de Recursos Humanos	7	Recibir y remitir Acuerdo firmado a Técnico de Recursos Humanos, para trámite respectivo.



6. PROCEDIMIENTO: SERVICIO SOCIAL DE LAS CARRERAS DE LA SALUD DE LAS REGIONES DE SALUD Y HOSPITALES NACIONALES: GENERALES, REGIONALES Y ESPECIALIZADOS DEL MINISTERIO DE SALUD.

RESPONSABLE: DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO: Coordinar y controlar la asignación de los estudiantes de las carreras de la salud, en el desempeño de su servicio social.

DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDAD
INICIO SERVICIO SOCIAL		
Secretaría de Estado	1	Coordinar oportunamente con las instituciones formadoras, para que envíen la nómina de los estudiantes aptos a realizar el Servicio Social especificando los casos especiales para análisis de la Comisión de Servicio Social, de las diferentes carreras de la salud a nivel nacional, y realizar la distribución de los estudiantes. Solicitar a los Directores Regionales y de Hospitales las necesidades y la disponibilidad de Plazas remuneradas o en carácter ad honorem, para coordinar la distribución de los estudiantes. Proporcionar lineamientos a los Directores Regionales y Hospitales para iniciar trámites de inicio de Servicio Social.

Director Regional	2	<p>Girar instrucciones al Jefe del Departamento de Recursos Humanos, para que participe en el proceso de asignación de plazas remuneradas o en carácter ad honorem de médicos, odontólogos u otras carreras de la salud.</p> <p>Efectuar el proceso de asignación de plazas remuneradas o en carácter ad honorem de médicos, odontólogos y otras carreras de la salud, a los diferentes establecimientos de Salud de conformidad a los lineamientos emitidos por la Secretaría de Estado.</p>
Jefe Departamento de Recursos Humanos Regional y Hospital	3	Recibir y marginar lista de asignación de plazas remuneradas o en carácter ad-honorem por cada disciplina, al Técnico de Recursos Humanos para
DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDAD
		que elabore memorando de presentación y oficio para trámite de número de junta de vigilancia, por inicio de Servicio Social.
Técnico de Recursos Humanos	4	<p>Recibir del Jefe Departamento de Recursos Humanos las listas de asignación de plazas remuneradas y de carácter ad-honorem.</p> <p>Elaborar y remitir memorando de presentación y Oficio para trámite de número de junta de vigilancia, por inicio de Servicio Social, al Jefe Departamento de Recursos Humanos Regional, para revisión y firma del Director Regional de Salud o Director de Hospital, según sea el caso. (RH 06.01) y (RH 06.02.)</p>
Jefe del Departamento de Recursos Humanos	5	Recibir, revisar y remitir al Director Regional memorando de presentación y Oficio para trámite de número de junta de vigilancia, por inicio de Servicio Social, para su firma.
Director Regional de Salud	6	Recibir y firmar memorando de presentación y Oficio para trámite de número de junta de vigilancia de los estudiantes que iniciaran su Servicio Social y remitir a Jefe del Departamento de Recursos Humanos.

<p>Jefe Departamento de Recursos Humanos Regional</p>	<p>7</p>	<p>Recibir memorando de presentación y oficio para trámite de número de junta de vigilancia y entrega a estudiantes en Servicio Social. Brindar inducción general a todos los estudiantes de las carreras de la salud, que inician su Servicio Social.</p>
<p>Estudiantes a realizar el Servicio Social.</p>	<p>8</p>	<p>En caso de Hospitales: Presentarse ante la Dirección del hospital para ser referido al Departamento de Recursos Humanos para entregar: Memorando de presentación, Copia de Carta de egreso, currículum vitae, fotocopia de: Título de bachiller, certificación de partida de nacimiento, tres fotografías recientes, fotocopia legibles de D.U.I, N.I.T., N.U.P. e I.S.S.S (Estos dos últimos en el caso de plaza remunerada).</p>
<p>DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO</p>		
<p>RESPONSABLE</p>	<p>No.</p>	<p>ACTIVIDAD</p>

Técnico de Recursos Humanos Regional u Hospitales	9	<p>Recibir documentación completa de los estudiantes de las carreras de la salud, que iniciarán su servicio social.</p> <p>Brindar orientación general del proceso.</p> <p>Documentación a elaborar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tarjeta de registro ♦ Acuerdo o Resolución de nombramiento o asignación de cargo ad-honorem, para firma del Titular del Ramo o Director Regional según sea el caso. (RH 06.03.) (en caso de Región y Hospital Especializado) ♦ Ingresar en el sistema de control y registro la información de todos los estudiantes que inician su Servicio Social. (en caso de Región y Hospital Especializado) ♦ Consolidar la nómina de los estudiantes que inician su Servicio Social, por disciplina y/o establecimiento. (RH 06.04.) <p>Remitir para revisión del Jefe Departamento de Recursos Humanos.</p>
Jefe Departamento de Recursos Humanos Regional y Hospital Especializado	10	<p>Recibir, revisar y remitir al Director Regional de Salud u Hospital Especializado: Acuerdo o Resolución de nombramiento de estudiantes remunerados o en carácter ad honorem en Servicio Social, para firma del Titular del Ramo o su designado, Director Regional u Hospital Especializado según sea el caso.</p>
Director Regional de Salud y Hospital Especializado	11	<p>Recibir y remitir Acuerdo o Resolución de nombramiento de estudiante en Servicio Social, al Jefe del Departamento de Recursos Humanos, para firma del Titular del Ramo o su designado, Director Regional u Hospital Especializado según sea el caso.</p>
Jefe de la Unidad de Administración de Recursos Humanos	12	<p>Recibir, revisar y remitir Acuerdo de nombramiento de estudiante en Servicio Social, para firma del Titular del Ramo o su designado.</p>
DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDAD

Titular del Ramo o su designado.	13	Firmar y devolver Acuerdo de nombramiento de estudiantes en Servicio Social, a Unidad de Administración de Recursos Humanos, para su envío a la Región de Salud.
Jefe de la Unidad de Administración de Recursos Humanos	14	Recibir y archivar el original del Acuerdo de nombramiento de estudiante en Servicio Social y remitir copia del mismo, al Jefe Departamento de Recursos Humanos Regional, para su registro correspondiente.
Jefe del Departamento de Recursos Humanos Regional	15	Recibir y remitir la copia del Acuerdo de nombramiento a Técnico de Recursos Humanos, para registro y archivo en su expediente personal.
Técnico de Recursos Humanos	16	Recibir y distribuir copia al Técnico del SIRHI y/o al Técnico de planilla (plaza remunerada), así como también registrar y archivar la documentación en el expediente personal de cada estudiante.
FINALIZACIÓN SERVICIO SOCIAL		
Director de Establecimiento o Jefe de área	1	Elaborar informe de finalización de Servicio Social (RH06.05) y remitir al Jefe Departamento de Recursos Humanos Regional u Hospitales, para el proceso de finalización respectivo. NOTA: Cuando el estudiante ocupe el cargo de Director de Establecimiento, será el Director Regional de Salud o Coordinador de SIBASI, quien emitirá la carta de finalización de Servicio Social, durante los primeros cinco días hábiles posteriores a la finalización. En caso de que el estudiante no finalice o interrumpa su Servicio Social deberá informar de inmediato a la instancia correspondiente.
Jefe Departamento de Recursos Humanos Regional y Hospital Especializado.	2	Recibir, revisar y trasladar informe de Finalización de Servicio Social, al Técnico de Recursos Humanos para que elabore la Resolución de Finalización y las constancias de finalización por estudiante.
Técnico de Recursos Humanos Regional y Hospital Especializado	3	Elaborar y remitir Resolución de Finalización de Servicio Social y Constancias de finalización de Servicios Social por cada estudiante y enviar al Jefe Departamento de Recursos Humanos. (RH 06.06),
DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDAD
		(RH 06.07)
Jefe Departamento de Recursos Humanos Regional y Hospital Especializado.	4	Recibir, revisar y remitir Resolución, y Constancias de Finalización de Servicio Social, al Director Regional de Salud o Director Hospital Especializado, para su firma.
Director Regional de Salud u Hospital Especializado	5	Recibir, firmar y devolver la Resolución, y Constancias de Finalización de Servicio Social, al Jefe Departamento de Recursos Humanos.
Jefe Departamento de Recursos Humanos Regional u Hospital Especializado	6	Recibir Resolución y Constancias de Finalización de Servicio Social y entregar al Técnico de Recursos Humanos.
Técnico de Recursos Humanos	7	Recibir y entregar constancias originales de finalización de Servicio Social a los Estudiantes que finalizan su Servicio Social. Registrar y archivar la documentación en el expediente del estudiante.

7. PROCEDIMIENTO: ELABORACIÓN DE REFRENDA DE NOMBRAMIENTO Y RENOVACION DE CONTRATOS DEL PERSONAL. DE LAS REGIONES DE SALUD Y HOSPITALES NACIONALES: GENERALES, REGIONALES Y ESPECIALIZADOS DEL MINISTERIO DE SALUD.

RESPONSABLE: DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO: Oficializar los nombramientos del personal del establecimiento, gestionar la Renovación de contratos.

DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDAD
Técnico de Recursos Humanos	1	<p>Revisar el cuadro de Ponderación de Evaluaciones del Desempeño con el nuevo salario, contra Ley de Salarios y Detalle de Plazas de Contrato vigentes, y la Refrenda del año anterior.</p> <p>Actualizar la base de datos de Refrenda en el SIRHI con los nuevos datos presupuestarios, tomando como base la distribución de subnúmeros, en el Cuadro de Ponderación de Evaluaciones del Desempeño.</p> <p>Revisar, imprimir y remitir borrador de Refrenda y detalle de plazas por Contrato, al Jefe del Departamento de Recursos Humanos para su revisión.</p>
Jefe del Departamento de Recursos Humanos	2	<p>Revisar y remitir a Técnico de Recursos Humanos para corrección de observaciones e imprimir refrenda definitiva y detalle de plazas por Contrato.</p>
Técnico de Recursos Humanos	3	<p>Recibir, corregir e imprimir Refrenda definitiva (RH 07.01), detalle de plazas por Contrato.</p> <p>Elaborar Acuerdo de Refrenda, Solicitud de Renovación de Contrato y remitir a Jefe del Departamento de Recursos Humanos.</p>

Jefe del Departamento de Recursos Humanos	4	<p>En el caso de Hospitales:</p> <p>Recibir, revisar y remitir Acuerdo de Refrenda definitiva y Solicitud de Renovación de Contrato al Director del establecimiento, para firma de autorización.</p> <p>En el caso de Regiones:</p>
DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDAD
		<p>Recibir, revisar y remitir Acuerdo de Refrenda definitiva y Solicitud de Renovación de Contrato al Director del establecimiento para posterior remisión al Titular del Ramo de Salud.</p>
Director del establecimiento	5	<p>En el caso de Hospitales:</p> <p>Recibir, revisar, firmar y devolver a Jefatura del Departamento de Recursos Humanos Acuerdo de Refrenda definitiva y Solicitud de Renovación de Contrato.</p> <p>En el caso de Regiones:</p> <p>Recibir, revisar y remitir Acuerdo de Refrenda definitiva y Solicitud de Renovación de Contrato al Jefe del Departamento de Recursos Humanos, para que sea remitido a la Unidad de Administración de Recursos Humanos.</p>
Jefe del Departamento de Recursos Humanos	6	<p>En el caso de Regiones:</p> <p>Recibe y remite Acuerdo de Refrenda y Solicitud de Renovación de Contrato a la Unidad de Administración de Recursos Humanos, para firma del Titular del Ramo.</p>
Jefe de la Unidad de Administración de Recursos Humanos.	7	<p>En el caso de Regiones:</p> <p>Recibir y remitir Acuerdo de Refrenda y Solicitud de Renovación de Contrato para gestionar la firma del Titular del Ramo.</p>

Titular del Ramo	8	En el caso de Regiones: Recibir, firmar y devolver el Acuerdo de Refrenda y Solicitud de Renovación de Contrato a la Unidad de Administración de Recursos Humanos.
Jefe de la Unidad de Administración de Recursos Humanos.	9	En el caso de Regiones: Recibir y remitir copia del Acuerdo de Refrenda y Solicitud de Renovación de Contrato al Jefe del
DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDAD
		Departamento de Recursos Humanos.
Jefe del Departamento de Recursos Humanos.	10	En el caso de Regiones: Recibir copia de Acuerdo de Refrenda y Solicitud de Renovación de Contrato original, autorizadas por el Titular del Ramo y lo remite Técnico de Recursos Humanos. En el caso de Hospitales: Recibir Acuerdo original de Refrenda y Solicitud de Renovación de Contrato autorizadas por el Director y lo remite a Técnico de Recursos Humanos.

<p>Técnico de Recursos Humanos</p>	<p>11</p>	<p>En el caso de Hospitales:</p> <p>Recibir Acuerdo de Refrenda y Solicitud de Renovación de Contrato.</p> <p>Remitir Solicitud de Renovación de Contrato original y archivo magnético al Ministerio de Hacienda para autorización.</p> <p>Reproducir y remitir copias impresas y archivo magnético a dependencias e instituciones correspondientes.</p> <p>Archivar y resguardar Acuerdo original de Refrenda y Solicitud de Renovación de Contrato autorizada.</p> <p>En el caso de Regiones:</p> <p>Reproducir y remitir copias impresas y disquete a dependencias e instituciones correspondientes.</p> <p>Remitir Solicitud de Renovación de Contrato original y archivo magnético al Ministerio de Hacienda para autorización.</p> <p>Archiva y resguardar copia de Acuerdo de Refrenda y Solicitud de Renovación de Contrato autorizada.</p>
------------------------------------	-----------	---

8. PROCEDIMIENTO: ELABORACIÓN DEL PRESUPUESTO DE RECURSOS HUMANOS, DE LAS REGIONES DE SALUD Y HOSPITALES NACIONALES: GENERALES, REGIONALES Y ESPECIALIZADOS DEL MINISTERIO DE SALUD.

UNIDAD RESPONSABLE: DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS.

OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO: Elaborar el Anteproyecto de Presupuesto para el siguiente año fiscal, verificando la información sobre movimientos de plaza del personal.

DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDAD

Jefe Departamento de Recursos Humanos.	1	Recibir lineamientos de la Unidad de Administración de Recursos Humanos a través de la Autoridad Correspondiente, para complementar los cuadros respectivos con la información solicitada sobre: traslados y recibos de plazas, supresiones, creaciones de plazas, reclasificaciones de plazas, personal pagado por otros fondos. (RH 08.01), (RH 08.02), (RH 08.03), (RH 08.04), (RH 08.05), (RH 08.06), y remitir a Director para su autorización.
Director del establecimiento	2	Recibir, firmar y remitir a Jefe Departamento de Recursos Humanos.
Jefe Departamento de Recursos Humanos.	3	Recibir y remitir Memorándum al Técnico de Recursos Humanos, para que prepare la información solicitada.
Técnico de Recursos Humanos	4	Recibir y preparar información según lo solicitado. Elaborar y remitir información a Jefe Departamento de Recursos Humanos para su revisión y firma.
Jefe Departamento de Recursos Humanos	5	Recibir, revisar y analizar la información solicitada, sobre traslados y recibos de plazas, supresiones, creaciones de plazas, reclasificaciones de plazas, personal pagado por otros fondos. Consolidar y remitir formularios al Director del Establecimiento para su autorización.
Director del Establecimiento	6	Recibir, analizar y autorizar formularios sobre traslados y recibos de plazas, supresiones, creaciones de plazas, reclasificaciones de plazas,
DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDAD
		personal pagado por otros fondos. Remitir formularios debidamente autorizados Jefe Departamento de Recursos Humanos para la realización del trámite correspondiente.

Jefe Departamento de Recursos Humanos	7	Recibir formularios autorizados por el Director y remitirlos mediante Memorandum, a la Unidad de Administración de Recursos Humanos, en forma impresa y magnética. (RH 08.07)
Unidad de Administración de Recursos Humanos	8	<p>Recibir, revisar y consolidar la información en forma impresa y magnética.</p> <p>Convocar a Jefe Departamento de Recursos Humanos, para validación en el caso de ser necesario.</p> <p>Remitir a Jefe Departamento de Recursos Humanos, formularios sobre traslados y recibos de plazas, supresiones, creaciones de plazas, reclasificaciones de plazas, que hayan sido autorizados, para elaboración de Anteproyecto de Presupuesto de Recursos Humanos.</p>
Jefe Departamento de Recursos Humanos	9	<p>Recibir formularios sobre traslados y recibos de plazas, supresiones, creaciones de plazas, reclasificaciones de plazas, que hayan sido autorizados, para elaboración de Anteproyecto de Presupuesto de Recursos Humanos.</p> <p>Realizar cambios en Formulación Presupuestaria según hayan sido autorizados.</p>

9. PROCEDIMIENTO: EMISIÓN DE PLANILLAS DE LAS REGIONES DE SALUD Y HOSPITALES NACIONALES: GENERALES, REGIONALES Y ESPECIALIZADOS DEL MINISTERIO DE SALUD.

RESPONSABLE: DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO: Elaborar y emitir planillas para realizar el pago mensual en las diferentes formas de sistema de pago.

DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDAD
Jefatura Inmediata	1	Remitir autorizaciones de descuentos por: sanciones disciplinarias, inasistencias injustificadas, licencias sin goce de sueldo y todas aquellas acciones que afecten planilla de pago, del personal bajo su cargo, al Jefe Departamento de Recursos Humanos el día viernes de cada semana o más tardar el quinto día hábil de cada mes.
Jefe Departamento de Recursos Humanos	2	Recibir autorizaciones de descuentos por: sanciones disciplinarias, inasistencias injustificadas, licencias sin goce de sueldo y todas aquellas acciones que afecten planilla de pago y remitir al Técnico de Recursos Humanos para los efectos consiguientes.
Técnico de Recursos Humanos	3	<p>Recibir y consolidar descuentos informados.</p> <p>Elaborar informe de descuentos que afectarán planilla.</p> <p>Elaborar Memorándum de remisión de descuentos que afectarán la planilla y remitir al Jefe Departamento de Recursos Humanos para firma.</p>
DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDAD
Jefe Departamento de Recursos Humanos	4	Recibir, firmar y remitir Memorándum con informe de descuentos que afectarán planilla a Jefe de Departamento Financiero o Unidad Financiera.

Jefe Departamento Financiero o Unidad Financiera	5	Recibir informe de descuentos que afectarán planilla y remitir a Pagador o Tesorero para efectos consiguientes.
Pagador o Tesorero	6	Recibir informe de descuentos que afectarán planilla. Enviar copia de órdenes de descuentos a Jefe Departamento de Recursos Humanos, para aplicación en planilla, a más tardar el quinto día hábil del mes.
Jefe Departamento de Recursos Humanos	7	Recibir copia de órdenes de descuentos, y remitir al Técnico de Recursos Humanos para su aplicación.
Técnico de Recursos Humanos	8	Recibir y aplicar descuentos que afectan planilla del mes, de acuerdo a documentación de respaldo. Agregar conceptos de pago para nuevos descuentos que afecten planilla. Aperturar, generar e imprimir planilla preliminar y remitir al Pagador o Tesorero, para su respectiva revisión. (DRH 09.01)
Pagador o Tesorero	9	Recibir y revisar la planilla preliminar. Informar por escrito a Técnico de Recursos Humanos, si existen observaciones para efectos de corrección de planilla. De igual forma si no las hubiere.
DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDAD

<p>Técnico de Recursos Humanos</p>	<p>10</p>	<p>Recibir informe sobre revisión de planilla preliminar y corregir si fuere necesario.</p> <p>Imprimir y remitir al Pagador o Tesorero; resúmenes de planilla debidamente firmados por el Jefe Departamento de Recursos Humanos (DRH 09.02), boletas de pago para su distribución, (DRH 09.03) y listado de conceptos de descuentos para instituciones acreedoras (DRH 09.04).</p> <p>Generar monto de los descuentos de renta de la Planilla e informar al Pagador o Tesorero, para que elabore el informe F-14.</p> <p>Generar archivos para transferencia al SAFI e imprimir el Reporte (DRH 09.05).</p> <p>Generar archivo e imprimir listado de abono a cuenta y remitir a Pagador o Tesorero.</p> <p>Cerrar la planilla de pago de remuneraciones del mes.</p> <p>Generar carga para Sistema SAP y entregar a Pagador o Tesorero para la elaboración de las planillas previsionales.</p> <p>Elaborar y remitir la planilla de cotización mensual del ISSS, (DRH 09.06) a Pagador o Tesorero.</p>
<p>Pagador o Tesorero</p>	<p>11</p>	<p>Recibir impresiones y archivos electrónicos para su respectivo trámite.</p>

10. PROCEDIMIENTO: ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE

RECURSOS HUMANOS INSTITUCIONAL (SIRHI), DE LAS REGIONES DE SALUD Y HOSPITALES NACIONALES: GENERAL, REGIONAL Y ESPECIALIZADOS DEL MINISTERIO DE SALUD.

RESPONSABLE: DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO: Mantener actualizada la base de datos del SIRHI.

DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDAD
de Recursos Técnico Humanos	1	Remitir copias de Acuerdos, Resoluciones de licencias y otras acciones de personal al Técnico de Recursos Humanos para actualización en el sistema. (Encargado del SIRHI). Informar de cualquier movimiento o traslado ya sea interno o externo al Técnico Encargado del SIRHI, para la actualización en el sistema.
de Recursos (Encargado del Técnico Humanos SIRHI)	2	Recibir copias de transcripciones de Acuerdos, Resoluciones de licencias y otras acciones de personal y actualizar la base de datos. Recibir notificaciones de los movimientos de traslados o ascensos para efectuar los movimientos en el sistema. Generar e Imprimir reporte de empleados con datos faltantes y entregar al Técnico de Recursos Humanos (Encargado de Archivo) para que solicite la información a los empleados a través de las jefaturas de cada área. (RH 10.03) Recibir la Hoja de Actualización de Datos e ingresar la información en el Sistema. Verificar y detectar a través de los reportes, los empleados con datos faltantes, posteriormente a la actualización de los datos y remitir al Jefe del Departamento de Recursos Humanos.
Técnico de Recursos Humanos (Encargado de Archivo)	3	Recibir informe de empleados con datos faltantes. Elaborar Memorándum solicitando datos faltantes a los empleados y remitir a Jefe Departamento de Recursos Humanos para firma. (RH 10.04)

DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDAD
<p style="text-align: right;">de</p> <p>Jefe Departamento Recursos Humanos</p>	4	<p>Recibir y firmar Memorándum solicitando datos faltantes del empleado, a través del Director de Establecimiento y remitir a las Jefaturas.</p>
<p>Jefes de Area</p>	5	<p>Recibir Memorándum solicitando actualización de datos faltantes, remitirla a los empleados bajo su cargo, para su debida recolección y devolver al Jefe Departamento de Recursos Humanos, adjuntando información solicitada.</p>
<p style="text-align: right;">de</p> <p>Jefe Departamento Recursos Humanos</p>	6	<p>Recibir información y remitir al Técnico de Recursos Humanos (Encargado del SIRHI), para su ingreso al Sistema.</p> <p>Solicitar de acuerdo a la necesidad, al Técnico de Recursos Humanos (Encargado del SIRHI), el Inventario de Recursos Humanos con todos los datos necesarios.</p>
<p>Técnico de Recursos Humanos (Encargado del SIRHI)</p>	7	<p>Recibir información, ingresar al sistema y validar los datos a través de reportes.</p> <p>Generar y remitir el Inventario de Recursos Humanos, conforme a los datos que se poseen en el Sistema, al Jefe Departamento de Recursos Humanos.</p> <p>Remitir Hoja de Actualización de datos al Técnico de Recursos Humanos (Encargado de Archivo) para que sea anexado a cada expediente.</p> <p>Generar e imprimir diversos informes. (RH 10.01), (RH 10.02.)</p>
<p style="text-align: right;">de</p> <p>Jefe Departamento Recursos Humanos</p>	8	<p>Recibir y validar Inventario de Recursos Humanos.</p> <p>Solicitar a Técnico de Recursos Humanos (Encargado del SIRHI), realizar movimientos de personal que afecten planilla del mes, de</p>



		acuerdo a documentos de respaldo remitidos por el Jefe
DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDAD
		del Departamento de Recursos Humanos o Técnicos de Recursos Humanos
Técnico de Recursos Humanos (Encargado del SIRHI)	9	Realizar los movimientos de personal que afectan planilla, en el Sistema, durante los primeros 5 días hábiles del mes, de acuerdo a documentos de respaldo remitidos por el Jefe Departamento de Recursos Humanos o Técnico de Recursos Humanos Informar los movimientos realizados en SIRHI que afectan planilla, al Técnico de Recursos Humanos (Encargado de Planillas)

11. PROCEDIMIENTO: ACTUALIZACION Y APERTURA DE EXPEDIENTE, TARJETA DE REGISTRO LABORAL DE LAS REGIONES DE SALUD Y HOSPITALES NACIONALES: GENERALES, REGIONALES Y ESPECIALIZADOS DEL MINISTERIO DE SALUD.

RESPONSABLE: DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO: Aperturar y mantener actualizada la información en los expediente del personal y registrar los nombramientos, licencias y acciones de personal en la Tarjeta de registro laboral.

DESCRIPCION NARRATIVA		
RESPONSABLE	No.	PROCEDIMIENTO
Jefe Departamento de Recursos Humanos	1	Recibir y remitir documentación de las Acciones de Personal y Refrenda de Nombramiento del personal, al Técnico de Recursos Humanos (Encargado de archivo).
Técnico de Recursos Humanos (Encargado de Archivo)	2	<p>Recibir, revisar, clasificar y archivar en los respectivos expedientes la documentación (documentación según lo establecido en la Circular 1-13 de fecha 8 de febrero de 2013)</p> <p>Actualizar Tarjeta de Registro Laboral del empleado en caso de nombramiento, refrenda y Acciones de personal. (RH 11.01)</p> <p>Foliar y archivar los documentos en expediente en orden cronológico con numeración ascendente.</p> <p>Actualizar listado de personal Pasivo (RH 11.02), si la Acción de personal es renuncia o cese en el cargo, y colocar el expediente y Tarjeta de Registro Laboral, en el Archivo de Personal Pasivo.</p>

		<p>Aperturar expediente, archivar, foliar toda la documentación y elaborar tarjeta de registro laboral de personal a empleado de nuevo ingreso.</p> <p>Remitir expediente de personal que ha sido trasladado a otro Establecimiento de la Red del Ministerio de Salud, previa autorización del Jefe Departamento de Recursos Humanos y resguardar copia en el Archivo de Expedientes Pasivos.</p> <p>Solicitar por lo menos una vez al año al Técnico de Recursos Humanos (Encargado de SIRHI), Listado de empleados activos y Hoja de actualización de Datos, para actualizar expediente.</p>
Técnico de Recursos Humanos (Encargado SIRHI)	de 3	<p>Generar e imprimir listado de empleados activos (RH 11.03), y Hoja de Actualización de Datos, (RH 11.04.)</p> <p>Remitir al Técnico de Recursos Humanos (Encargado de Archivo)</p> <p>Remitir Hoja de Actualización de Datos, a las diferentes Jefaturas, para actualización a través de Memorándum firmado por el Jefe Departamento de Recursos Humanos.</p>
Jefaturas	4	<p>Recibir Hoja de Actualización de Datos y entregar al personal bajo su responsabilidad para actualización y remitir al Jefe de Departamento Recursos Humanos</p>
Jefe Departamento de Recursos Humanos	de 5	<p>Recibir y remitir Hoja de actualización de Datos, al Técnico de Recursos Humanos (Encargado de SIRHI), para ingresar al sistema.</p>
Técnico de Recursos Humanos (Encargado de SIRHI)	6	<p>Recibir Hojas de Actualización de Datos, ingresar la información al sistema y remitir a Técnico de Recursos Humanos (Encargado de Archivo), para que anexe al expediente.</p>



Técnico de Recursos Humanos (Encargado de SIRHI)	7	Recibir, archivar Hojas de Actualización de Datos. Actualizar Hoja de Control de documentos faltantes en expediente personal (RH 11.05.) Informar al Jefe Departamento de Recursos Humanos los resultados del proceso.
Jefe Departamento de Recursos Humanos	8	Recibir reporte y dar seguimiento al proceso.



12. PROCEDIMIENTO: CONTROL DE ASISTENCIA DE LAS REGIONES DE SALUD Y HOSPITALES NACIONALES: GENERALES, REGIONALES Y ESPECIALIZADOS DEL MINISTERIO DE SALUD.

RESPONSABLE: DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO: Administrar el Control de Asistencia de los empleados.

DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDAD

<p>Jefe Inmediato</p>	<p>1</p>	<p>Remitir a Técnico de Recursos Humanos;</p> <p>Los primeros tres días hábiles de cada mes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✦ Reporte de Control de Inconsistencia en la Asistencia de los Empleados. (RH 12.01), o en su defecto Memorándum mediante el cual se informa que no hubo inconsistencias. (RH 12.02), en respuesta solicitud realizada por el Departamento de Recursos Humanos (RH 12.09) ✦ Informe Mensual de Misiones Oficiales y Capacitaciones Nacionales (RH 12.03.) ✦ Informe Mensual de Tiempo Extra Laborado, (RH 12.04.) ✦ Informe de Cambios en la Programación. (En caso de Hospitales) ✦ Informe de Cobertura de Turnos (cambios de turno).(En caso de Hospitales) (RH 12.05) ✦ Informe mensual de asistencia (manual). Para los establecimientos que no poseen reloj, tarjeta de marcación u otra eventualidad. (RH 12.06) ✦ Reporte de permisos de uno a cinco días (Para establecimientos que no poseen Software de Control de Asistencia) (RH 12.07) <p>Las Licencias formales y no Formales, deberán ser presentadas según lo establecido en el Reglamento Interno de la Unidad y Departamentos de Recursos Humanos del Ministerio de Salud.</p>
<p>DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO</p>		
<p>RESPONSABLE</p>	<p>No.</p>	<p>ACTIVIDAD</p>

		<p>Los últimos tres días hábiles de cada mes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✦ Programación de Horario de Trabajo (Plan de trabajo), del siguiente mes correspondiente al Personal que labora en modalidad de Horarios rotativos. (En caso de Hospitales). <p>Para ser procesado en el sistema de control de asistencia.</p>
Técnico de Recursos Humanos	2	<p>Recibir y procesar la documentación relativa a control de asistencia.</p> <p>Elaborar reporte definitivo de Llegadas Tardías y salidas anticipada o consolidar los reportes autorizados por las jefaturas inmediatas.</p> <p>Elaborar Memorándum dirigido al Pagador o Tesorero Institucional para remitir Reporte de Llegadas Tardías y salidas anticipadas (RH 12.08) o consolidado de reportes autorizados por las jefaturas inmediatas</p> <p>Remitir Memorándum adjuntando Reporte de Llegadas Tardías y salidas anticipadas al Jefe Departamento de Recursos Humanos para firma.</p> <p>Mantener actualizados los registros del control de asistencia. (RH 12.10), (RH 12.11)</p> <p>Mantener actualizados los saldos de permisos autorizados en talonario para los establecimientos que no poseen Software que generen informes.</p> <p>Ingresar y asignar código de marcación al empleado nuevo y dar inducción sobre el uso del reloj biométrico, donde se posea.</p> <p>Archivar y resguardar los registros de control de asistencia y sus atestados.</p>
Jefe Departamento de	3	Recibir, firmar y remitir Memorándum de remisión al
DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDAD



Recursos Humanos		Técnico de Recursos Humanos.
Técnico de Recursos Humanos	4	Recibir y remitir Memorándum al pagador o tesorero institucional, adjuntando los correspondientes informes.

13. PROCEDIMIENTO: EMISIÓN DE CONSTANCIAS DE SUELDO, TIEMPO DE SERVICIO Y CERTIFICACIÓN DE TARJETAS DE REGISTRO LABORAL DE LAS REGIONES DE SALUD Y HOSPITALES NACIONALES: GENERALES, REGIONALES Y ESPECIALIZADOS DEL MINISTERIO DE SALUD.

UNIDAD RESPONSABLE: DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS.

OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO: Emitir Constancias de Sueldo, Tiempo de Servicio y Certificación de copias de Tarjetas de Registro Laboral al Personal que lo solicite.

DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDAD
Solicitante	1	Solicitar constancia de sueldo, tiempo de Servicio o Certificación de Tarjeta de Registro Laboral al Técnico de Recursos Humanos y proveer de todos los datos o documentación requerida.

Técnico de Recursos Humanos	2	<p>Atender al solicitante, recibir la documentación e información necesaria.</p> <p>Si es Constancia de sueldo y Tiempo de Servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Generar en el SIRH imprimir y obtener las firmas respectivas. (RH 13.01) <p>Si es Constancia de tiempo de servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultar la Tarjeta de Registro Laboral, elaborar, imprimir y remitir la Constancia, a Jefe de Departamento de Recursos Humanos para firma. (RH 13.02) <p>Si es Certificación de la Copia de Tarjeta de Registro Laboral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obtener copia, colocar el sello de certificación (RH 13.03) en todas las páginas, y remitir al Jefe de Departamento de Recursos Humanos, para firma.
Jefe Departamento de Recursos Humanos	3	Recibir, revisar, firmar y remitir Constancia de Sueldo y Tiempo de Servicio a Técnico de Recursos Humanos.
DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDAD
Pagador o Tesorero	4	Recibir, revisar, firmar, sellar y remitir Constancia de Sueldo y Tiempo de Servicio a Técnico de Recursos Humanos.
Técnico de Recursos Humanos	5	<p>Recibir Constancia de Sueldo, Tiempo de Servicio o Certificación de Tarjeta de Registro Laboral debidamente firmada y sellar.</p> <p>Entregar al solicitante, dejando constancia de su entrega.</p>
Solicitante	6	Recibir y firmar de recibido.

14. PROCEDIMIENTO: CARNETIZACIÓN DE EMPLEADOS DE LAS REGIONES DE SALUD Y HOSPITALES NACIONES: GENERALES, REGIONALES Y ESPECIALIZADOS DEL MINISTERIO DE SALUD.

UNIDAD RESPONSABLE: DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO: Identificar a los empleados del Nivel Regional y Hospitalario, por medio del Carné institucional.

Nota: Este procedimiento dependerá de la disponibilidad financiera de cada institución.

DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDAD
Jefatura inmediata	1	Remitir Memorándum solicitando carné del empleado, al Jefe de Departamento de Recursos Humanos. (RH 14.01.)
Jefe Departamento de Recursos Humanos	2	Recibir, marginar Memorándum de solicitudes de carné, al Técnico de Recursos Humanos, para que inicie el trámite respectivo.
Técnico de Recursos Humanos	3	Recibir, gestionar la adquisición del servicio o insumos para la elaboración de Carné ante el departamento de Abastecimiento o Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional para que inicie el proceso de adquisición; adjuntando detalle de necesidades.
Departamento de Abastecimiento o Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional.	4	Recibir, realizar el proceso de adquisición e informa a Jefe de Recursos Humanos la empresa adjudicada del servicio o proveedora de insumos

Jefe Departamento de Recursos Humanos	5	<p>Recibir del Departamento de Abastecimiento o Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional, la notificación de la empresa que suministrara el Servicio o insumos.</p> <p>Margar al Técnico de Recursos Humanos la notificación de la empresa para la elaboración de los carné.</p>
Técnico de Recursos Humanos	6	Recibir notificación y realiza las gestiones necesarias para la elaboración de los Carné con el suministrante.
DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDAD
Empresa suministrante	7	<p>Recibir las indicaciones e insumos necesarios del Técnico de Recursos Humanos para elaborar el producto solicitado. (RH 14.02) – (RH 14.03)</p> <p>Elaborar carné de los empleados y remitir al Técnico de Recursos Humanos, anexando lista de carné elaborado.</p>
Técnico de Recursos Humanos	8	Recibir y entregar a Jefes de División, Unidad, Departamento, Sección, Directores de Unidad de Salud, el Carné para que lo distribuya al personal bajo su cargo.
Jefatura inmediata	9	Entregar Carné al personal bajo su cargo.

15. PROCEDIMIENTO: APLICACIÓN DEL SISTEMA DE INCENTIVOS POR MÉRITO PERSONAL DE LAS REGIONES DE SALUD Y HOSPITALES NACIONALES: GENERALES, REGIONALES Y ESPECIALIZADOS DEL MINISTERIO DE SALUD.

RESPONSABLE: DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS.

OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO: Conocer los resultados del rendimiento laboral de los empleados a través de la Evaluación al Desempeño, a fin de aplicar el sistema de incentivos salariales con base a lo regulado en la Ley de Creación del Escalafón del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDAD
Jefe Departamento de Recursos Humanos	1	Comunicar al Técnico de Recursos Humanos, responsable del proceso de evaluación del desempeño, iniciar el proceso con la impresión de los Formularios del periodo correspondiente para su distribución.
Técnico Departamento de Recursos Humanos.	2	Requerir la reproducción de los formularios en la Solicitud de Reproducción y remitir a Jefe o Coordinador de Recursos Humanos, para firma.
Jefe Departamento de Recursos Humanos.	3	Recibir y firmar la Solicitud de Reproducción y remitir a Técnico de Recursos Humanos.
Técnico Departamento de Recursos Humanos.	4	Remitir Solicitud de Reproducción autorizada, con los formularios originales de evaluación del desempeño del personal de: Jefatura (RH15.01) Administrativo (RH15.02) Médico, Paramédico y de Enfermería (RH15.03), con su respectiva hoja de Registro Individual de Incidentes Críticos, a Encargado de Impresiones.
Encargado de Impresiones.	5	Reproducir los documentos solicitados y remitir al solicitante.
Técnico Departamento de Recursos Humanos.	6	Recibir copias de formularios de evaluación. Generar e imprimir del Sistema de Información de Recursos Humanos, SIRHI, los Formularios con los datos requeridos de los empleados a evaluar, según el "Instructivo para la utilización del Formulario de Evaluación del Desempeño para la aplicación del Sistema de incentivos por mérito personal", en orden de Dependencia y según el formato correspondiente.
DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDAD

		<p>Imprimir listado de empleados por Dependencias y ordenar los formularios, para su distribución. (RH15.04.)</p> <p>Clasificar los Formularios de Jefaturas, para remitirlos a los jefes inmediatos superiores, a quienes les corresponde evaluarlos.</p> <p>Elaborar y remitir memorándum de remisión de los formularios de evaluación, a Jefe Departamento de Recursos Humanos, para revisión. (RH 15.05.)</p>
Jefe Departamento de Recursos Humanos.	7	Recibir, revisar y remitir memorándum a Director del Establecimiento para su autorización.
Director del Establecimiento	8	Recibir, firmar y remitir memorándum al Jefe Departamento de Recursos Humanos.
Jefe Departamento de Recursos Humanos	9	Recibir y remitir memorándum al Técnico Departamento de Recursos Humanos.
Técnico Departamento de Recursos Humanos.	10	<p>Recibir y reproducir el memorándum firmado.</p> <p>Anexar al memorándum los Formularios de Evaluación al Desempeño y remitir a Jefaturas.</p>
Jefatura inmediata	11	Recibir memorándum con los formularios, evaluar al personal a su cargo.
Empleado	12	Recibir, revisar, comentar y firmar que está de acuerdo con los resultados de la evaluación y devolver a la Jefatura inmediata.
Jefatura Inmediata	13	Recibir y devolver los formularios debidamente firmados y sellados, al Jefe Departamento de Recursos Humanos.
Jefe Departamento de Recursos Humanos.	14	<p>Recibir y revisar que los formularios no tengan tachaduras o enmendaduras en todo su contenido; o inconsistencia en la marcación de los puntos asignados a cada factor en la Tabla de Valoración y verificar que la sumatoria obtenida sea conforme el rango de la Calificación marcada.</p> <p>Remitir las evaluaciones sin errores, al Técnico de Recursos Humanos, para su ingreso al sistema.</p> <p>Devolver las evaluaciones con inconsistencias,</p>
DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDAD
		<p>especificando la razón de su devolución, en el Formato de Evaluaciones Devueltas, (RH 15.06), a Jefaturas para que las corrijan.</p> <p>Anexar un nuevo Formulario de Evaluación, en los casos que la evaluación tenga: enmendaduras, sumatoria incorrecta u otra situación que lo requiera.</p>
Jefatura Inmediata	15	<p>Recibir y corregir las evaluaciones con inconsistencias y remitirlas, al Jefe Departamento de Recursos Humanos.</p>
Jefe Departamento de Recursos Humanos.	16	<p>Recibir las Evaluaciones corregidas, revisarlas y remitirlas al Técnico Departamento de Recursos Humanos, para su ingreso al sistema.</p>
Técnico de Recursos Humanos.	17	<p>Recibir las Evaluaciones, digitar la ponderación de la calificación obtenida en el Detalle de personal evaluado. (RH15.07)</p> <p>Reportar al Jefe Departamento de Recursos Humanos si hubiera Evaluaciones pendientes para el seguimiento correspondiente.</p>
Jefe Departamento de Recursos Humanos.	18	<p>Elaborar Memorándum solicitando las evaluaciones faltantes a Jefaturas. (RH 15.08.)</p> <p>Remitir las evaluaciones faltantes solicitadas al Técnico de Recursos Humanos, para su respectivo seguimiento.</p>
Técnico de Recursos Humanos.	19	<p>Recibir e ingresar la ponderación de las Evaluaciones pendientes.</p> <p>Ordenar y remitir los formularios de las Evaluaciones ingresadas, al Auxiliar de Recursos Humanos (Encargado de Archivo), para archivar en cada expediente.</p> <p>Actualizar en el mes de diciembre en el Detalle de personal evaluado, las partidas y subnúmeros, de acuerdo a la nueva Ley de Salarios y Detalle de Contrato</p> <p>Imprimir y remitir al Jefe Departamento de Recursos Humanos, para la revisión del nuevo salario individual.</p>

15-A. PROCEDIMIENTO: FORMA DE PROCEDER EN CASO DE INCONFORMIDAD CON EL RESULTADO DE LA EVALUACION AL DESEMPEÑO DE LAS REGIONES DE SALUD Y HOSPITALES NACIONALES: GENERALES, REGIONALES Y ESPECIALIZADOS DEL MINISTERIO DE SALUD.

RESPONSABLE: DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO: Dar cumplimiento a normativa establecida para los casos que exista inconformidad en los Resultados de Evaluación al Desempeño, para la Aplicación del Sistema de Incentivos por mérito personal.

DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDAD
Empleado	1	Solicitar entrevista por escrito al jefe inmediato superior para hacer de su conocimiento y justificar la inconformidad con la evaluación al desempeño. Pudiendo este último confirmar o modificar dicha evaluación.
Jefe inmediato Superior	2	Convocar al empleado y al jefe inmediato de este, para que asistan a reunión para analizar el caso. Resolver a más tardar en ocho días hábiles posterior a la recepción de la nota del empleado.
Jefe inmediato Superior, Jefe inmediato y Empleado.	3	Analizar el caso tomando en consideración la versión de cada una de las partes involucradas y la documentación con que se cuente. Confirmar o modificar la evaluación al desempeño del empleado que manifiesta inconformidad. Levantar acta de lo acordado en la reunión, adjuntar evaluación al desempeño y enviar a Jefe Departamento de Recursos Humanos para su procesamiento. Entregar copia de la evaluación al desempeño al empleado.
DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDAD
Empleado	4	Recibir copia evaluación al desempeño.
Jefe Departamento de Recursos Humanos	5	Recibir evaluación al desempeño original, para efectos pertinentes.

16. PROCEDIMIENTO: GESTIÓN PARA LA ADQUISICIÓN Y ENTREGA DE FIANZAS PARA LOS FUNCIONARIOS Y EMPLEADOS DE LAS REGIONES DE SALUD Y HOSPITALES NACIONALES: GENERALES, REGIONALES Y ESPECIALIZADOS DEL MINISTERIO DE SALUD.

RESPONSABLE: DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO: Gestionar la adquisición de fianzas para el personal en cumplimiento a lo establecido en la normativa legal aplicable; para garantizar el fiel cumplimiento de sus funciones.

DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDAD
Director del Establecimiento	1	Recibir lineamientos del Nivel Central, determinar necesidades para la adquisición de fianzas del personal (según Instructivo de Fianzas y el Sub Catálogo de Suministros Generales Obras y Servicios), y remitir al Jefe Departamento de Recursos Humanos.

Jefe Departamento de Recursos Humanos	2	Recibir lineamientos para gestionar la adquisición de fianzas del personal y remitir al Técnico de Recursos Humanos, para iniciar la gestión de la adquisición
Técnico de Recursos Humanos	3	Recibir lineamientos del Jefe Departamento de Recursos Humanos, para iniciar el proceso de adquisición de fianzas del personal. Elaborar y remitir a Jefatura Departamento de Recursos Humanos memorándum dirigido a las Jefaturas involucradas, solicitando detalle de los funcionarios y empleados con los cargos que requieren afianzar, respetando el Instructivo de Fianzas y el Sub Catálogo de Suministros Generales Obras y Servicios). (RH 16.01) y (RH 16.02.)
DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		
Jefe Departamento de Recursos Humanos	4	Recibir, revisar y remitir al Director del Establecimiento Memorandum dirigido a las Jefaturas involucradas, solicitando detalle de los funcionarios y empleados con los cargos que requieren afianzar, para firma.
Director del Establecimiento	5	Recibir, firmar y remitir memorándum con formato a Jefaturas de Recursos Humanos, para su distribución.
Jefe Departamento de Recursos Humanos	6	Recibir memorándum con anexo y trasladar al Técnico de Recursos Humanos para su reproducción y distribución a las Jefaturas.
Técnico de Recursos Humanos	7	Recibir memorándum con anexo para su reproducción y distribución a las Jefaturas involucradas.
Jefatura Inmediata	8	Recibir memorándum con formatos, preparar y enviar información de los funcionarios y empleados con los cargos que requieren afianzar al Jefe Departamento de Recursos Humanos.

<p>Jefe Departamento de Recursos Humanos</p>	<p>de</p> <p>9</p>	<p>Recibir, analizar y remitir información de los funcionarios y empleados con los cargos que requieren afianzar, al Técnico de Recursos Humanos para elaborar Solicitud de Compra, Cuadro Consolidado de cargos a afianzar y Detalle de personal a afianzar. (RH 16.03), (RH 16.04), (RH 16.05)</p>
<p>Técnico de Recursos Humanos</p>	<p>10</p>	<p>Recibir información de los funcionarios y empleados con los cargos que requieren afianzar y elaborar Solicitud de Compra, Cuadro Consolidado de cargos a afianzar y Detalle de personal a afianzar. (RH 16.03), (RH 16.04), (RH 16.05)</p> <p>Obtener certificación de fondos y firmas según formularios y remitir a Jefe Departamento de Recursos Humanos.</p>
<p>DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO</p>		
		<p>Elaborar Acuerdo de Asignación de funciones de personal que rendirá fianza y remitir a Jefe Departamento de Recursos Humanos, para su revisión. (RH 16.07), (RH 16.08), (RH 16.09)</p> <p>Elaborar Memorándum de remisión a la Unidad de Administración de Recursos Humanos. (RH 16.06)</p>
<p>Jefe Departamento de Recursos Humanos</p>	<p>11</p>	<p>Recibir la Solicitud de Compra, Cuadro Consolidado de cargos a afianzar y Detalle de personal a afianzar.</p> <p>Recibir, revisar Acuerdo de Asignación de funciones de personal que rendirá fianza y remitir a Director del establecimiento para autorización.</p> <p>En el caso de Regiones de Salud:</p> <p>Remitir Acuerdo de Asignación de funciones de personal que rendirá fianza, a la Unidad de Administración de Recursos Humanos para gestionar la firma del Titular del Ramo.</p>

Director del establecimiento	12	Recibir, revisar y firmar Acuerdo de Asignación de funciones de personal que rendirá fianza y remitir a Jefe Departamento de Recursos Humanos.
Unidad de Administración de Recursos Humanos	13	En el caso de Regiones de Salud: Recibir y gestionar firma de Acuerdo de Asignación de funciones de personal que rendirá fianza, y remitir al Jefe Departamento de Recursos Humanos.
Jefe Departamento de Recursos Humanos	14	Recibir Acuerdo de Asignación de funciones de personal que rendirá fianza debidamente autorizado y remite a Técnico de recursos humanos para efectos de registro, archivo y expediente (copia) de personal afianzado. Remitir a la Unidad de Administración de Recursos Humanos Solicitud de Compra, Cuadro Consolidado de cargos a afianzar y Detalle de personal a afianzar, para el trámite respectivo.
Jefe de la Unidad de Administración Recursos	15	Recibir información y girar instrucciones para que continúe con el proceso de adquisición de fianzas.
DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		
Humanos.		Remitir la póliza y certificados de personal afianzado a Jefes Departamentos de Recursos Humanos.
Jefe Departamento Recursos Humanos	16	Recibir y revisar póliza, certificados de personal afianzado y remitir a Técnico de Recursos Humanos para resguardo y archivar copia de certificados en los expedientes del personal afianzado.



17. PROCEDIMIENTO: CONTRATACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE LAS REGIONES DE SALUD Y HOSPITALES NACIONALES: GENERALES, REGIONALES Y ESPECIALIZADOS DEL MINISTERIO DE SALUD.

UNIDAD RESPONSABLE DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO: Oficializar la relación contractual para la prestación de Servicios Profesionales o Técnicos, en carácter temporal.

DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	No.	ACTIVIDAD
--------------------	------------	------------------

Jefe de Unidad Solicitante	1	<p>Remitir solicitud de autorización para la contratación al Director Regional u Hospital, especificando el tipo de recurso.</p> <p>La solicitud deberá contener la siguiente documentación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Términos de referencia, que al menos deberán contener, el lugar donde se prestará el servicio, período de contratación, honorarios a cancelar, producto que deberá entregar y servicios a prestar. • Justificación Técnica de la necesidad de contratación.
Director Regional u Hospital	2	<p>Recibir, evaluar la necesidad de la contratación del recurso y autorizar o denegar la solicitud.</p> <p>En caso de autorizar la contratación remitir al Jefe de Unidad Financiera Institucional para verificar disponibilidad financiera.</p> <p>En caso de no autorizar la contratación informar al Jefe de la Unidad solicitante.</p>
Jefe de Unidad Financiera Institucional	3	<p>Recibir documentación y verificar disponibilidad financiera</p> <p>Si existe disponibilidad financiera, extender certificación de fondos y remitir al Director Regional u Hospital.</p>
DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDAD
		En caso de no existir disponibilidad financiera, elaborar y remitir informe al Director Regional u Hospital.
Director Regional u Hospital	4	Recibir y remitir al Jefe Departamento de Recursos Humanos, la documentación para iniciar el trámite de contratación, incluyendo la certificación de fondos.

Jefe Departamento de Recursos Humanos	5	Recibir y remitir la documentación al Técnico de Recursos Humanos, para iniciar el trámite de contratación.
Técnico de Recursos Humanos	6	Recibir, verificar la documentación, elaborar solicitud de compra y solicita a la Unidad Financiera Institucional el cifrado presupuestario y la certificación de fondos para las firmas respectivas y remitir al Jefe Departamento de Recursos Humanos.
Jefe Departamento de Recursos Humanos	7	En caso de Hospitales: Recibir solicitud de compra y remitir al Técnico de Recursos Humanos para que proceda a elaborar el contrato respectivo. En caso de Regiones: Remitir al Jefe Departamento Financiero Regional, la solicitud de compra para que tramite las firmas respectivas.
Jefe Departamento Financiero	8	En caso de Regiones: Recibir y enviar solicitud de compra, para autorización de la Jefatura de la Unidad Financiera y de la Dirección del Primer Nivel de Atención. Remitir a la Jefatura del Departamento Recursos Humanos Regional, solicitud de compra original, debidamente autorizada por Nivel Central.
Jefe Departamento de Recursos Humanos	9	En caso de Regiones: Recibir y remitir solicitud de compra original, debidamente autorizada por Nivel Central y remitir al Técnico de Recursos Humanos para que proceda a elaborar el
DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDAD
		contrato respectivo.

Técnico de Recursos Humanos	10	<p>En caso de Hospitales</p> <p>Recibir documentación, elaborar contrato y remitir al Director para firma.</p> <p>En caso de Regiones:</p> <p>Recibir documentación, elaborar contrato y remitir al Nivel Central para firma respectiva.</p>
Director del Establecimiento	11	<p>En caso de hospitales:</p> <p>Recibir, firmar contrato y remitir al Jefe Departamento de Recursos Humanos.</p>
Jefe Departamento de Recursos Humanos	12	<p>En caso de Hospitales:</p> <p>Recibir y remitir contrato al Técnico de Recursos Humanos para firma del contratado.</p> <p>En caso Regiones:</p> <p>Recibir contrato firmado del Nivel Central y remitir al Técnico para firma del contratado.</p>
Técnico de Recursos Humanos	13	<p>En caso de Hospitales:</p> <p>Recibir contrato y solicitar firma del contratado.</p> <p>Remitir copia de contrato a la Unidad Financiera Institucional.</p> <p>Aperturar expediente y archivar documentación correspondiente.</p> <p>En caso de Regiones:</p>
DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDAD



		Recibir contrato y solicitar firma del contratado. Remitir copia de contrato al Departamento Financiero. Aperturar expediente y archivar documentación correspondiente.
--	--	---

18. PROCEDIMIENTO: TRAMITE DE LA DECLARACION JURADA DEL ESTADO DEL PATRIMONIO DE LOS EMPLEADOS Y FUNCIONARIOS DE LAS REGIONES DE SALUD Y HOSPITALES NACIONALES: GENERALES, REGIONALES Y ESPECIALIZADOS DEL MINISTERIO DE SALUD.

RESPONSABLE: DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS.

OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO: Gestionar y dar cumplimiento a la Ley sobre el Enriquecimiento Ilícito de Funcionarios y Empleados Públicos, que participan en la administración o manejo de Fondos del Estado.

DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDAD

<p>Jefe Departamento Recursos Humanos</p> <p style="text-align: center;">de</p>	<p>1</p>	<p>Identificar los empleados o funcionarios que están obligados a presentar Declaración Jurada del Estado de su Patrimonio ante la Sección de Probidad de la Corte Suprema de Justicia que manejan o administran fondos públicos, ya sea por asignación de nuevas funciones, por ser de nuevo ingreso o haber finalizado su relación laboral con la institución.</p> <p>Girar instrucciones al Técnico de Recursos Humanos, para que realice las siguientes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborar Memorándum dirigido al empleado o funcionario, para comunicarle su obligación de presentar la Declaración Jurada del Estado de Patrimonio, ante la Sección de Probidad de Corte Suprema de Justicia. (RH 18.01), (RH 18.02) • Elaborar detalle de empleados o funcionarios para ser presentado a la Sección de Probidad de la Corte Suprema de Justicia, dentro de los tres días hábiles contados a partir de la fecha de toma de posesión o cese de funciones. (RH 18.03), (RH 18.04)
	<p>2</p>	<p>Elaborar Memorándum dirigido al empleado o funcionario, para comunicarle la obligación de presentar la Declaración Jurada del Estado de Patrimonio, ante la Sección de Probidad de Corte Suprema de Justicia y remitir a Jefe Departamento</p>
DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDAD
<p>Técnico de Recursos Humanos</p>		<p>de Recursos Humanos para firma.</p> <p>Elaborar detalle de empleados o funcionarios para ser presentado a la Sección de Probidad de la Corte Suprema de Justicia, dentro de los tres días hábiles contados a partir de la fecha de toma de posesión o cese de funciones de los servidores públicos que fueron nombrados o cesados en sus funciones y remitir a Jefe Departamento de Recursos Humanos para firma.</p>

Jefe Departamento de Recursos Humanos	3	<p>Recibir, Revisar y firmar Memorándum dirigido al empleado o funcionario y remitir a Técnico de Recursos Humanos para su distribución.</p> <p>Recibir, Revisar y firmar detalle de empleados o funcionarios para ser presentado a la Sección de Probidad de la Corte Suprema de Justicia y remitir a Técnico de Recursos Humanos.</p>
Técnico de Recursos Humanos	4	<p>Recibir y distribuir Memorándum al empleado o funcionario, para comunicarle su obligación de presentar la Declaración Jurada del Estado de Patrimonio, ante la Sección de Probidad de Corte Suprema de Justicia.</p> <p>Enviar a la Sección de Probidad de la Corte Suprema de Justicia, detalle de empleados o funcionarios que tomaron posesión de cargo o cesaron funciones, a más tardar el tercer día hábil posterior a toma de posesión de cargo o cese de funciones.</p>
Empleado o funcionario	5	<p>Recibir Memorándum.</p> <p>Complementar formulario de Declaración Jurada del Estado del Patrimonio y presentarla personalmente a la Sección de Probidad de la Corte Suprema de Justicia; dentro de los sesenta días posteriores a ser nombrados o al cesar en el ejercicio de su cargo</p> <p>Remitir al Jefe Departamento de Recursos Humanos, fotocopia del comprobante de</p>
DESCRIPCIÓN NARRATIVA DEL PROCEDIMIENTO		
RESPONSABLE	No.	ACTIVIDAD
		presentación de la Declaración Jurada del Estado de Patrimonio.
Jefe Departamento de Recursos Humanos	6	Recibir fotocopia de comprobante de presentación de la Declaración Jurada del Estado de Patrimonio y remitir al Técnico de Recursos Humanos.



Técnico de Recursos Humanos	7	Recibir, registrar y archivar comprobante de presentación de Declaración Jurada del Estado de Patrimonio en expediente de personal.
-----------------------------	---	---

HAGASE SABER



MARIA ISABEL RODRIGUEZ
MINISTRA DE SALUD



Formatos

ÍNDICE DE FORMATOS



1. Reclutamiento de Personal	
(RH:01.01) Anuncio para atender una necesidad de recurso, reclutamiento interno.....	66
(RH:01.02) Anuncio para atender una necesidad de recurso, reclutamiento externo.....	67
(RH:01.03) Banco de candidatos del Nivel Regional y Hospitalario.....	68
2. Selección de Personal	
(RH:02.01) Formulario de Solicitud de Recurso Humano.....	69
(RH:02.02) Acta de inicio de Proceso de Selección de Recurso.....	71
(RH:02.03) Formulario de Verificación Telefónica de Antecedentes de Trabajo.....	73
(RH:02.04) Formulario de Verificación Telefónica de Referencias Personales.....	75
(RH:02.05) Formulario de Evaluación de Entrevista.....	77
(RH:02.06) Cuadro Resumen del Proceso.....	82
(RH:02.07) Acta de Resultados de Selección de Recurso.....	84
3. Nombramiento y Contratación de Personal	
(RH 03.01) Propuesta individual de Nombramiento de personal Administrativo o Contratación de personal Médico y Paramédico. (Nivel Regional).....	86
(RH 03.02) Propuesta individual de Nombramiento de personal Administrativo o Contratación de personal Médico y Paramédico. (Nivel Hospitalario).....	87
(RH 03.03) Propuesta individual de Nombramiento de personal Médico y Paramédico. (Nivel Regional).....	88
(RH 03.04) Propuesta individual de Nombramiento de personal Médico y Paramédico. (Nivel Hospitalario).....	89
(RH 03.05) Propuesta global de Nombramiento para personal Administrativo, Contratación para personal Administrativo, Médico y Paramédico (Nivel	



Regional).....	90
(RH 03.06) Propuesta global de Nombramiento para personal Administrativo, Contratación para personal Administrativo, Médico y Paramédico (Nivel Hospitalario).....	91
(RH 03.07) Propuesta global de Nombramiento para personal Médico y Paramédico (Nivel Regional).....	92
(RH 03.08) Propuesta global de Nombramiento para personal Médico y Paramédico (Nivel Hospitalario).....	93
(RH 03.09) Informe de plazas vacantes.....	94
(RH 03.10) Oficio de solicitud de Nombramiento para personal Administrativo (Nivel Regional).....	95
(RH 03.11) Oficio de solicitud de Nombramiento para personal Médico y Paramédico (Nivel Regional).....	96
(RH 03.12) Oficio de solicitud Nombramiento para personal Administrativo (Nivel Hospitalario).....	97
(RH 03.13) Oficio de solicitud Contratación para personal Administrativo, Médico y Paramédico (Nivel Regional y Hospitalario).....	98
(RH 03.14) Situación Actual y Propuesta de personal.....	99
(RH 03.15) Información básica para autorización de Contratación. (Nivel Regional y Hospitalario).....	100
(RH 03.16) Solicitud de contratación de personal médico y paramédico (Nivel Regional y Hospitalario).....	101
(RH 03.17) Resolución para la contratación de personal Administrativo en caso Austeridad.....	102
(RH 03.18) Nombramiento Interino - Período de prueba (Nivel Regional y Hospitalario).....	104
(RH 03.19) Nombramiento en Propiedad (Nivel Regional y Hospitalario).....	105
(RH 03.20) Acuerdo Interino para personal que rinde fianza. (Nivel Regional y Hospitalario).....	106
(RH 03.21) Acuerdo en propiedad para personal que rinde fianza. (Nivel Regional y Hospitalario).....	107
(RH 03.22) Contrato fondos GOES (Nivel Regional y Hospitalario).....	108



(RH 03.23) Resolución en caso de no superar período de prueba..... 111



4. Inducción General de Personal (RH:04.01) Constancia de Inducción.....	
(RH:04.02) Modelo de Carta de Presentación.....	112
(RH:04.03) Designación de Beneficiarios.....	113
(RH:04.04) Memorándum de Remisión de Certificado del Seguro Colectivo de Vida al Ministerio de Hacienda.....	114
(RH:04.05) Detalle de Remisión de Certificado del Seguro Colectivo de Vida al Ministerio de Hacienda.....	115
(RH:04.06) Declaración de Responsabilidades Éticas.....	116
	117
5. Licencias y Acciones de Personal.	
(RH:05.01) Solicitud de Licencias o Acciones de Personal.....	
(RH:05.02) Acuerdo de Licencia o Acción de Personal.....	119
(RH:05.03) Transcripción de Acuerdo de Licencia o Acción de Personal.....	121
(RH:05.04) Resolución Administrativa de Licencia o Acción de Personal.....	123
(HR:05.05) Solicitud de Licencia por motivo de estudios.....	125
(HR:05.06) Solicitud de permiso de 1 a 5 días.....	127
	128
6. Servicio Social de las Carreras de la Salud	



(RH:06.01) Memorándum de presentación para inicio de Servicio Social	130
(RH:06.02) Oficio para trámite de número de junta de vigilancia, por inicio de Servicio Social.....	131
(RH:06.03) Acuerdo de nombramiento o Resolución de Asignación de Cargo de estudiante en Servicio Social Ad honorem.....	132
(RH:06.04) Nómina de estudiantes que inician su servicio social en la Región de Salud u Hospital.....	133
Director del Hospital.....	135
(RH:06.06) Resolución de Finalización de Servicio Social.....	136
(RH:06.07) Constancia de Finalización de Servicio Social.....	137
7. Elaboración de Refrenda de Nombramiento y Renovación de Contrato de Personal	
(RH:07.01) Acuerdo de Refrenda.....	138



8. Elaboración de Presupuesto de Recursos Humanos

(RH:08.01) Formulario de Detalle de plazas a ser trasladadas a otros establecimientos de salud.....	140
(RH:08.02) Formulario de Detalle de plazas a ser recibidas de otros establecimientos de salud.....	141
(RH:08.03) Formulario de Detalle de Personal médico y paramédico desempeñando funciones diferentes a su nombramiento que reúnen los requisitos y puede reclasificarse el nombre de la plaza y modificación de salario.....	143
(RH:08.04) Formulario de Detalle de Personal Administrativo desempeñando funciones diferentes a su nombramiento que reúnen los requisitos y puede reclasificarse el nombre de la plaza y modificación de salario.....	
(RH:08.05) Formulario de Detalle de Personal desempeñando funciones diferentes a su nombramiento que puede reclasificarse el nombre de la plaza sin modificar salario.....	144
(RH:08.06) Formulario de Detalle de Personal pagado por otros fondos	146
(RH:08.07) Memorándum de remisión de la información solicitada, sobre plazas trasladadas, recibidas y reclasificadas.....	148
	149

9. Emisión de Planillas

(RH:09.01) Reporte de Planillas, de Ley de Salarios o Contratos.....	150
(RH:09.02) Resumen de planilla.....	151
	152



(RH:06.05) Informe de Finalización del Director de Unidad de Salud o

(RH:09.03) Boleta de Pago.....



(RH:09.04) Listado de Conceptos de Descuentos.....	153
(RH:09.05) Reporte de Transferencia al SAFI.....	154
(RH:09.06) Planilla de cotizaciones del ISSS.....	155
10. Administración del Sistema de Información de Recursos Humanos Institucional (SIRHI)	
(RH:10.01) Informe de Plazas Vacantes.....	156
(RH:10.02) Distribución de Plazas Vigentes.....	157
(RH:10.03) Informe de Datos Faltantes.....	158
(RH:10.04) Modelo de Memorándum para solicitar datos faltantes de los empleados.....	159
11. Actualización y Apertura de Expedientes, Tarjeta de Registro Laboral y Acciones de Personal	
(RH:11.01) Tarjeta de Registro Laboral de Empleados.....	160
(RH:11.02) Listado de personal pasivo.....	162
(RH:11.03) Listado de personal activo.....	163
(RH:11.04) Hoja de actualización de datos.....	164
(RH:11.05) Hoja de control de documentos faltantes en expediente personales.....	166
12. Control de Asistencia	
(RH:12.01) Reporte de Control de Inconsistencias en la Asistencia de los Empleados.....	167
(RH:12.02) Modelo de Memorándum mediante el cual se informa que no existen inconsistencias.....	169
(RH:12.03) Informe de Misiones Oficiales y Capacitaciones Nacionales.....	170
(RH:12.04) Modelo de Informe mensual de tiempo extra laborado.....	171
(RH:12.05) Informe de cobertura de turno (Cambio de turno).....	



(RH:12.06) Informe de inconsistencia en la asistencia de los empleados.....	173
(Para los establecimientos de Salud que no poseen reloj, ni tarjeta de marcación	
(RH:12.07) Reporte de permisos de uno a cinco días. (Para establecimiento que no poseen software).....	174
(RH:12.08) Memorándum de Remisión de Reporte de Llegadas Tardías y salidas anticipadas.....	175
(RH:12.09) Memorándum de Remisión de Reporte de Control de Inconsistencia en la Asistencia de los Empleados.....	176
(RH:12.10) Informe de Llegadas tardías y salidas anticipadas.....	177
(RH:12.11) Tarjeta de marcación por empleado.....	177

13. Emisión de Constancias de Tarjetas de Registros Individual

(RH:13.01) Constancia de Sueldo y Tiempo de Servicio.....	178
(RH:13.02) Constancia de Tiempo de Servicio.....	179
(RH:13.03) Certificación de Copia de Tarjeta de Registro.....	180



14. Carnetización de Empleados

(RH:14.01) Memorándum de solicitud de Carné de identificación institucional.....	181
--	-----

(RH:14.02) Formato de Requerimiento de Carné de Identificación institucional.....	182
---	-----

(RH:14.03) Modelo de Carné de identificación institucional.....	184
---	-----

15. Aplicación del Sistema de Incentivos por Merito Personal

(RH 15.01) Formulario de Evaluación al Desempeño para personal de Jefaturas.....	185
--	-----

(RH:15.02) Formulario de Evaluación al Desempeño para personal Administrativo.....	189
--	-----

(RH:15.03) Formulario de Evaluación al Desempeño para personal Administrativo.....	193
--	-----

(RH:15.04) Listado de empleados a evaluar.....	197
--	-----

(RH:15.05) Memorándum de Remisión de Formularios de Evaluación..	198
--	-----

(RH:15.06) Formato para Devolución de Evaluaciones con inconsistencias o remisión de nuevos formularios.....	199
--	-----

(RH:15.07) Detalle de personal evaluado.....	200
--	-----

(RH:15.08) Modelo de Memorándum solicitando Evaluaciones pendientes.....	201
--	-----



16. Gestión para la Adquisición y Entrega de Fianzas para los Funcionarios y Empleados

(RH:16.01) Memorándum dirigido a Jefes, solicitando detalle de los funcionarios y empleados con los cargos que requieren afianzar.....	202
(RH:16.02) Detalle de Funcionarios y empleados que deben rendir Fianza.....	203
(RH:16.03) Solicitud de compra de funcionarios y empleados con los Cargos a Afianzar.....	205
(RH:16.04) Consolidado de cargos a afianzar.....	206
(RH:16.05) Detalle de personal a afianzar.....	207
(RH:16.06) Memorándum de remisión de Solicitud de Compra, Cuadro Consolidado de cargos a afianzar y Detalle de personal a afianzar.....	209
(RH:16.07) Acuerdo Interino para el personal que rinde fianza.....	210
(RH:16.08) Acuerdo en Propiedad para el personal que rinde Fianza....	211
(RH:16.09) Acuerdo de Asignación de funciones para el rendimiento de Fianza.....	212

17. Contratación de Servicios Profesionales

18. Tramite de Declaración Jurada del Estado del Patrimonio de los Funcionarios y Empleados

(RH:18.01) Memorándum dirigido a empleados o funcionarios comunicando la obligación de presentar Declaración Jurada de Estado de Patrimonio.....	213
(RH:18.02) Formulario de Declaración Jurada de Patrimonio a presentar en Sección Probidad de la Corte Suprema de Justicia.....	
(RH:18.03) Detalle de Empleados o Funcionarios, que deben rendir Declaración Jurada de Patrimonio.....	214
(RH:18.04) Detalle de Empleados o Funcionarios, que deben rendir Declaración Jurada de Patrimonio por cese de Funciones.....	218
	219



1. RECLUTAMIENTO DE PERSONAL

RH: 01.01

**MODELO DE ANUNCIO PARA ATENDER UNA NECESIDAD DE
RECURSO, RECLUTAMIENTO INTERNO.**



NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO _____	
SOMETE A CONCURSO INTERNO EL (LOS) SIGUIENTE(S) CARGO(S)	
NOMBRE DEL (LOS) CARGO(S)	
REQUISITOS:	SE OFRECE:
Educativos:	Salario Básico:
Experiencia:	Prestaciones de Ley:
Habilidades:	Modalidad de Contratación:
Otros:	Otros:
INTERESADOS: PRESENTAR EL CURRÍCULO VITAE ACTUALIZADO CON SUS ATESTADOS, EN EL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS _____, A MÁS TARDAR EL DÍA _____.	

RH 01.02

MODELO DE ANUNCIO PARA ATENDER UNA NECESIDAD DE RECURSO, RECLUTAMIENTO EXTERNO.



NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO _____

SOMETE A CONCURSO EXTERNO EL (LOS) SIGUIENTE(S) CARGO(S)

NOMBRE DEL (LOS) CARGO(S)

REQUISITOS:

Educativos:

Experiencia:

Habilidades:

Otros:

SE OFRECE

Salario Básico:

Modalidad de Contratación:

Otros:

**INTERESADOS: PRESENTAR EL CURRÍCULO VITAE ACTUALIZADO CON
SUS ATESTADOS, EN EL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS**

_____, A MÁS TARDAR EL DÍA _____.



BANCO DE SOLICITUDES DE TRABAJO

NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO _____

RH 01. 03

BANCO DE OFERTA DE SERVICIOS PERSONALES

IDENTIFICACIÓN REGISTRO			INFORMACIÓN PERSONAL					FORMACIÓN ACADÉMICA				OBSERVACIONES
DISCIPLINA	PUESTO QUE APLICA	FECHA DE RECEPCION	NOMBRE	Género	DIRECCIÓN	TELEFONOS	CORREO ELECTRONICO	NIVEL EDUCATIVO	BACHILLERATO OPCION	POST-GRADO, MAESTRÍA O DOCTORADO	OTROS ESTUDIOS	
1 ENFERMERIA	ENFERMERA HOSPITALARIA	17/07/2009	PEREZ, JUAN	M	RES. BOSQUES DE SAN PEDRO, CALLE 14. #13, SAN MARCOS	2222-2222	juanito@hotmail.com	LIC.EN ENFERMERIA	GENERAL		*TECNICO OPERADOR EN *INGLES INTENSIVO	Se sometió a proceso
							-					



2. SELECCIÓN DE PERSONAL

RH 02.01

SOLICITUD DE RECURSO HUMANO	
AREA SOLICITANTE:	FECHA DE SOLICITUD:
DENOMINACION DEL PUESTO	PERÍODO:
MOTIVO POR EL CUAL ESTÁ VACANTE EL PUESTO:	NOMBRE DEL EMPLEADO A QUIEN SUSTITUYE
JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD DEL RECURSO:	
BREVE DESCRIPCIÓN DE LAS FUNCIONES DEL PUESTO	PERFIL DEL PUESTO O REQUISITOS MÍNIMOS QUE DEBE DE POSEER EL CANDIDATO AL PUESTO
NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE SOLICITANTE	AUTORIZADO: NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR:



INSTRUCCIONES PARA LLENAR SOLICITUD DE RECURSO HUMANO

AREA SOLICITANTE	Escribir el nombre de la unidad organizativa que requiere el recurso humano.
FECHA DE SOLICITUD	Escribir la fecha en la que se solicita el recurso humano para dicha unidad organizativa.
DENOMINACION DEL PUESTO	Escribir el nombre del puesto para el cual se está solicitando el recurso humano.
PERÍODO	Escribir el tiempo de duración del contrato designado al puesto, para el que se está solicitando el recurso humano.
MOTIVO DE LA VACANTE	Explicar el motivo por el que se encuentra vacante el puesto para el cual se solicita el recurso humano. En caso de ser una nueva plaza especificarlo.
NOMBRE EMPLEADO A QUIEN SUSTITUYE	Escribir el nombre del empleado que se estaba desempeñando en el puesto para el cual se está solicitando el nuevo recurso humano (en caso de ser una nueva plaza, esta casilla quedará en blanco).
BREVE DESCRIPCIÓN DE LAS FUNCIONES DEL PUESTO	Describir de manera clara y concreta las funciones que el recurso solicitado debe desempeñar dentro del puesto que se encuentra vacante (o de la nueva plaza).
PERFIL QUE DEBE POSEER EL CANDIDATO AL PUESTO	Describir de forma clara y concreta las características que debe poseer el recurso solicitado para el puesto vacante (o nueva plaza).
NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE SOLICITANTE	Escribir el nombre y la firma del jefe que solicita el recurso humano para cubrir el puesto vacante o nueva plaza.
NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR	Escribir nombre y firma del Director.



Modelo de Acta de Inicio de Selección de Recurso

RH 02.02

ACTA No. ___/201___

(Lugar) _____, a las _____ (horas) del día _____ del mes de _____ de dos mil _____. Reunidos en las oficinas del Departamento de Recursos Humanos de (nombre del establecimiento) _____, el Comité de Selección de Personal, conformada por el (la) Lic. (da) _____ Jefe Departamento de Recursos Humanos ó su delegado _____ Lic. (da) _____, (Jefatura de la Unidad Solicitante), _____, y Lic. (da) _____, Psicólogo, con el propósito de distribuir la ponderación de los factores de acuerdo a los criterios de selección según el puesto en cuanto a: Entrevista, Pruebas psicológicas y técnicas y análisis curricular (verificación de estudios, experiencia, y referencias personales y laborales), y definir fechas de ejecución que regirán el proceso de Selección, a efecto de disponer de candidatos elegibles para seleccionar aquel que mejor cumpla con los requisitos establecidos en el Manual Descriptivo de Clases en el cargo de _____, en plaza que se encuentra vacante (o si es plaza nueva o sustitución), en la dependencia de _____; se acordó lo siguiente:

CRITERIOS A EVALUAR Y SUS PONDERACIONES:

CRITERIOS	PONDERACIONES	DISTRIBUCIÓN DE LAS PONDERACIONES					
		CONCEPTO	%	CONCEPTO	%	CONCEPTO	%
ANÁLISIS CURRICULAR	30%	ESTUDIOS REALIZADOS		EXPERIENCIA		VERIFICACION DE REFERENCIAS PERSONALES Y LABORALES	
EVALUACIÓN PSICOLÓGICA	20%	PERSONALIDAD		INTELIGENCIA		HABILIDADES	
PRUEBA TÉCNICA	40%	ESCRITA		PRÁCTICA		VERBAL	
ENTREVISTA	10%	MUY BUENA		BUENA		REGULAR	
TOTAL	100%						
FECHAS DE REALIZACIÓN							
ANÁLISIS CURRICULAR	EVALUACIÓN PSICOLÓGICA	EVALUACIÓN TÉCNICA	ENTREVISTA		VERIFICACION DE REFERENCIAS PERSONALES Y LABORALES		FINALIZACIÓN PROCESO

No habiendo más que hacer constar, se cierra la presente acta, que para constancia firmamos.

Profesión y Nombre
Jefe Departamento de Recursos Humanos(SELLO)

Profesión y Nombre
Jefe Unidad Solicitante (SELLO)



Profesión y Nombre
Psicólogo. (SELLO)

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL ACTA DE INICIO

NUMERO DE ACTA	Escribir el número para identificar el acta de inicio de la selección de personal para plaza vacante.
FECHA DEL ACTA	Escribir la fecha en que se ha realizado la reunión con el Comité de Selección de Personal, para establecer los criterios y ponderaciones que se tomarán en cuenta para elegir al recurso humano.
ESPECIFICAR QUIENES CONFORMAN COMITE DE SELECCIÓN DE PERSONAL	Escribir en el acta los nombres de las personas que conforman el Comité de Selección de Personal, quienes son responsables de establecer la distribución de las ponderaciones que se tomarán en cuenta para elegir al recurso humano que cubrirá la plaza vacante.
CRITERIOS A EVALUAR Y PONDERACIONES	Escribir la distribución de las ponderaciones que se tomarán en cuenta para elegir al recurso humano que cubrirá la plaza vacante.
FECHAS DE REALIZACION DEL PROCESO DE EVALUACION	Acordar y anotar las fechas designadas para realizar las diferentes evaluaciones y comprobaciones telefónicas, así como la fecha estipulada para presentar los resultados de dicho proceso.
NOMBRES Y FIRMAS DE INTEGRANTES DEL COMITE DE SELECCIÓN DE PERSONAL	Escribir los nombres y las firmas de las personas que conforman el Comité de Selección de Personal.



RH: 02.03

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO _____

MODELO DE VERIFICACIÓN TELEFÓNICA DE ANTECEDENTES DE TRABAJO

NOMBRE: _____ PUESTO A DESEMPEÑAR: _____ DEPENDENCIA: _____

NOMBRE DE LA EMPRESA O INSTITUCION DONDE LABORÓ	PERSONA CONTACTADA		TELÉ FONO	PUESTO (S) DESEMPEÑADOS POR EL CANDIDATO			EVALUACIÓN SOBRE EL RENDIMIENTO					ASPECTOS		LO RECOMENDARIA PARA UN PUESTO EN EL MINISTERIO			LO RECONTRATARIAN USTEDES DE NUEVO			MOTIVO DE RETIRO
	NOMBRE	PUESTO		NOMBRE DEL PUESTO	PERIODO	SUELDO DEVENGADO	EXC ELE NTE	MUY BUE NO	BUE NO	REG ULA R	MAL O	FUERTES	DEBILES	SI	NO	¿POR QUÉ?	SI	NO	¿POR QUÉ?	

VERIFICACION REALIZADA POR:

(PROFESIÓN, NOMBRE Y FIRMA) SELLO

FECHA:

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO

COMPROBACIÓN TELEFÓNICA DE ANTECEDENTES DE TRABAJO

NOMBRE	Anotar el nombre de la persona evaluada a quien se le realizará la comprobación telefónica sobre antecedentes de trabajo.
PUESTO A DESEMPEÑAR	Anotar el nombre del puesto que se encuentra vacante (o plaza nueva) para el cual se solicita el recurso.
DEPENDENCIA	Escribir el nombre de la unidad organizativa o dependencia en la que se encuentra el puesto vacante (o plaza nueva).
PERSONA CONTACTADA	Anotar el nombre de la persona contactada, especificando el nombre de la empresa en la que trabaja, el puesto que desempeña y el número telefónico de la empresa.
PUESTO DESEMPEÑADO POR EL ASPIRANTE	Escribir el nombre del puesto que desempeñaba el recurso que se está evaluando, especificando el período que laboró en la empresa y el sueldo que devengaba.
EVALUACION SOBRE EL RENDIMIENTO	Encerrar en un círculo la categoría en la que, de acuerdo a la persona contactada, se ubica el desempeño laboral del recurso que se está evaluando.
ASPECTOS	Anotar los aspectos fuertes y débiles que, de acuerdo a la persona contactada, el recurso evaluado posee dentro de su desempeño laboral.
RECOMENDACIÓN PARA EL PUESTO	Anotar si el recurso que se está evaluando, de acuerdo a la persona contactada, es considerada apta para trabajar dentro del MINSAL, especificando los motivos.
RECONTRATACION EN EL PUESTO ANTERIOR	Anotar si la persona contactada estaría o no dispuesta a recontractar al recurso que se está evaluando, especificando las razones para ello.
MOTIVO DE RETIRO	Anotar las razones que la persona contactada expresa, para explicar el motivo de retiro de la empresa, del recurso que se está evaluando.
REALIZADO POR	Escribir el nombre de la persona que realiza la comprobación telefónica sobre los antecedentes de trabajo del recurso evaluado.



FECHA	Escribir la fecha en que se realiza la comprobación telefónica sobre los antecedentes de trabajo del recurso evaluado.
--------------	--



RH:02.04

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO _____

VERIFICACION TELEFÓNICA DE REFERENCIAS PERSONALES

NOMBRE: _____ PUESTO A DESEMPEÑAR: _____ DEPENDENCIA: _____

PERSONA CONTACTADA		TIPO DE RELACIÓN			TIEMPO DE CONOCER AL ASPIRANTE	ASPECTOS		RECOMENDABLE PARA UN PUESTO EN EL MINISTERIO		
NOMBRE	TELÉFONO	F	P	A		POSITIVOS	NEGATIVOS	SI	NO	¿ POR QUÉ?

F	FAMILIAR

P PARIENTE

VERIFICACION REALIZADA POR:

(PROFESIÓN, NOMBRE Y FIRMA) SELLO

FECHA:



INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO

VERIFICACION TELEFÓNICA DE REFERENCIAS PERSONALES

NOMBRE	Anotar el nombre de la persona evaluada a quien se le realizará la comprobación telefónica sobre referencias personales.
PUESTO A DESEMPEÑAR	Anotar el nombre del puesto que se encuentra vacante (o plaza nueva) para el cual se solicita el recurso.
DEPENDENCIA	Escribir el nombre de la Unidad Organizativa o Dependencia en la que se encuentra el puesto vacante (o plaza nueva).
PERSONA CONTACTADA Y TELEFONO	Anotar el nombre de la persona contactada para realizar la comprobación de las referencias personales, así como el número telefónico.
TIPO DE RELACIÓN	Marcar en la columna correspondiente si es familiar, pariente o amigo.
TIEMPO DE CONOCER AL ASPIRANTE	Encerrar en un círculo el tipo de relación que mantiene la persona contactada con el recurso que se está evaluando, especificando el tiempo que tiene de conocerlo.
ASPECTOS	Anotar los aspectos positivos y negativos que, de acuerdo a la persona contactada, el recurso evaluado posee en cuanto a su personalidad.
RECOMENDABLE PARA UN PUESTO	Anotar si la persona contactada considera apto o no para un puesto vacante (o plaza nueva) el recurso evaluado, especificando los motivos.



MODELO PARA EVALUACION DE ENTREVISTA

RH:02.05

Nombre: _____

Puesto solicitado: _____ Dependencia: _____

Instrucciones: Marque con una "x" la casilla correspondiente que de acuerdo a su criterio describa a la persona entrevistada.

1. MODALES		
Actos que expresan el nivel de conciencia que se tiene hacia la dignidad de los demás, capacidad de una persona para desenvolverse de forma respetuosa y educada frente a los otros, comportándose de una manera sociable y adaptable.		
Muy correcto y educado	Normal	No muy educado
A. Saluda, es respetuoso, se expresa con palabras adecuadas y mantiene su atención e interés en la conversación con el entrevistador.	B. Saluda, mantiene su atención en el entrevistador.	C. No saluda, muestra poca atención e interés en lo que se le está diciendo y se le dificulta expresarse de forma adecuada y respetuosa.
2. PRESENTACION PERSONAL		
Capacidad de vestirse de manera adecuada de acuerdo al momento o las circunstancias presentes, que crean una buena impresión de la persona.		
Muy buena	Normal	Necesita mejorar
A. Bien vestido de acuerdo al puesto, para el cual está aplicando; peinado adecuadamente, limpio, ordenado.	B. Vestido adecuadamente, limpio, ordenado.	C. Vestido de forma no adecuada para el puesto que está aplicando, falta de limpieza, poco ordenado, despeinado.
3. SEGURIDAD EN SI MISMO		
Capacidad de aceptarse así mismo y contar con la confianza suficiente para desempeñarse en el área de trabajo que le interesa, mostrando expectativas apropiadas sobre sí mismo; así como, una adecuada estabilidad emocional.		
Muy seguro	Normal	No muy seguro
A. Muestra convencimiento de su capacidad y posee habilidades para desempeñar el puesto al cual está aplicando, tiene facilidad para explicar con detalle su experiencia laboral y para conversar en forma abierta sobre su vida personal, mantiene la serenidad.	B. Capaz de responder a las preguntas que se le exponen, explica sin mayor dificultad su experiencia laboral y aspectos personales, sin extenderse mucho en sus respuestas, se muestra poco ansioso.	C. Denota marcada ansiedad e inquietud, se le dificulta explicar su experiencia laboral y aspectos personales, se limita a responder únicamente lo que se le pregunta y de forma muy vaga.

4. SINCERIDAD DETECTADA		
Capacidad para mantener la congruencia entre lo que se dice, se piensa y se hace, permitiendo al individuo tener conocimiento y aceptación de las propias cualidades y limitantes		
Muy franco y abierto	Parece sincero	Dudoso
A. Demuestra espontaneidad para responder a las preguntas que se le formulan, es capaz de hablar de sí mismo y de sus experiencias laborales con naturalidad, no duda ante las explicaciones que brinda o de los aspectos que se le solicita que detalle.	B. Muestra facilidad para responder a los cuestionamientos, se expresa sobre sí mismo y de sus experiencias laborales en forma normal y únicamente cuando se le requiere y puede extenderse en aquellos aspectos que se le solicita detalle.	C. Manifiesta dificultad para responder a las preguntas que le formulan, evita hablar de sí mismo y de sus experiencias laborales, muestra poca facilidad para dar detalles sobre aspectos específicos de su persona, brinda explicaciones vagas.
5. HABILIDAD DE EXPRESIÓN		
Habilidad verbal de la persona para expresar de forma congruente lo que se piensa, cree o siente.		
Claro y conciso	Normal	Con dificultad
A. Posee facilidad para responder claramente, explica en concreto lo que se le solicita, sin tener dificultad para extenderse cuando es necesario, es capaz de explicar detalles de algunas situaciones específicas.	B. Es capaz de responder de forma clara, explica únicamente lo que se le pide sin extenderse a explicar detalles.	C. Muestra poca facilidad para responder de forma clara, explica de forma vaga y confusa lo que se le solicita, tiene dificultad para explicar detalles de algunas situaciones o experiencias.
6. ENTUSIASMO		
Capacidad para creer en sus habilidades; así como, en las de quienes lo rodean, sentirse capaz de transformar lo que se le presenta, movido por la fuerza y la certeza de sus acciones.		
Con interés	Normal	Indiferente
A. Persona motivada, con deseos de trabajar, expresa su disponibilidad e interés, demuestra tener iniciativa.	B. Persona con deseos de trabajar, expresa su disponibilidad e interés.	C. Persona sin interés en trabajar, parece poco activo y con falta de energía, poca disponibilidad.
7. PERSONALIDAD		
Manera relativamente coherente de sentir, pensar y comportarse que permite entablar una relación interpersonal agradable y estable y una adecuada adaptación por parte del individuo.		
Crea impresión agradable	Normal	Parece conflictivo
A. Persona que posee una forma de ser que permite entablar una conversación agradable, tranquila, con buen humor; pero, capaz de mostrar seriedad y responsabilidad en los aspectos referentes al trabajo.	B. Persona agradable, se muestra tranquila, menos seria y reservada pero que denota responsabilidad y capacidad para el trabajo.	C. Persona con la que se dificulta entablar una conversación agradable y tranquila, carece de buen humor, se muestra irritable y reacciona en forma negativa ante las preguntas que se le expresan o simplemente las evade.
8. RAZONAMIENTO		
Capacidad para crear una serie de afirmaciones conectadas entre sí, para establecer una proposición definida sobre aspectos personales, laborales y sociales.		

Lógico y ordenado	Normal	Precipitado y torpe
A. Posee capacidad para ordenar sus ideas, elabora con tranquilidad y correctamente la forma de expresar sus ideas; responde de manera clara y adecuada las preguntas que se le hacen, mantiene la dirección de la conversación, sin desviarse hacia aspectos irrelevantes.	B. Posee capacidad para expresar sus ideas de forma ordenada, responde claramente a lo que se le pregunta.	C. Muestra dificultad para ordenar sus ideas, responde de manera brusca a lo que se le pregunta, se le dificulta tomarse su tiempo para elaborar las ideas que desea expresar, se desvía hacia aspectos irrelevantes, lo que expresa carece de sentido o es muy vago.
9. MOTIVACION PARA EL EMPLEO		
Conjunto de motivos que intervienen en la actitud que presenta la persona en función de sus propios intereses a nivel personal, laboral e institucional.		
Muy interesado	Normal	Indiferente
A. Muestra real interés en obtener la plaza para la que está aplicando, pregunta sobre aspectos de la plaza, expresa su disponibilidad inmediata.	B. Muestra curiosidad por conocer en qué consiste la plaza, que se le ofrece, se limita únicamente a escuchar lo que se le explica respecto a la plaza, expresa su disponibilidad inmediata.	C. Carece de interés en la plaza para la que está aplicando, escucha con indiferencia en qué consiste la plaza, no hace preguntas, encuentra obstáculos en las condiciones de trabajo que se le proponen, demuestra duda sobre la disponibilidad que tendría, para aceptar el trabajo. D.
10. CAPACIDAD DE DESARROLLO		
Capacidad para desenvolverse y crecer en un área de trabajo específico, teniendo habilidad para identificar y aprovechar las oportunidades de desarrollo que se le presentan.		
Muy buena	Normal	Débil
A. Posee muchas posibilidades de crecer y desarrollarse en el área de trabajo para la que está aplicando, se muestra bastante receptiva, colaboradora y dispuesta, expresa sus expectativas a corto y largo plazo.	B. Capaz de adaptarse y crecer dentro del área de trabajo para la que está aplicando, se muestra receptiva y dispuesta.	C. Muestra pocas posibilidades de adaptarse y crecer en el área de trabajo para la que está aplicando, poco receptiva y colaboradora, muestra poca disposición.
11. VOCABULARIO UTILIZADO		
Palabras y frases utilizadas por un individuo para expresar lo que piensa, cre e o siente, respecto a una temática determinada.		
Rebuscado	Normal	Limitado y poco vulgar
A. Persona se expresa utilizando palabras o frases adecuadas que son poco usuales en el vocabulario común.	B. Persona se expresa utilizando palabras o frases adecuadas que son comunes y que se utilizan en las conversaciones cotidianas.	C. Persona con dificultad para expresarse y encontrar palabras adecuadas para externar sus ideas, utiliza palabras de uso común; pero sin llegar a utilizar palabras vulgares o que indiquen alguna falta de respeto hacia el entrevistador.

12. ESTADO FISICO

Condición de salud que posee la persona, que le permite desenvolverse y desempeñarse en actividades específicas sin dificultad alguna.

Muy saludable y enérgico	Normal	Enfermizo
<p>A. Muy saludable y enérgico: Persona que posee un estado de salud óptimo, no padece ninguna enfermedad, buena condición física para desempeñarse en el puesto para el que está aplicando.</p>	<p>B. Persona que posee un estado de salud adecuado, puede padecer alguna enfermedad (no grave) pero se encuentra bajo tratamiento y no le impide desempeñarse correctamente en sus labores, presenta buena condición física para desenvolverse dentro del puesto para el que está aplicando.</p>	<p>C. Persona posee un estado de salud deficiente, padece alguna enfermedad grave o delicada que puede dificultarle su desempeño adecuado en el trabajo, presenta una condición física inadecuada para desenvolverse en el puesto para el que está aplicando.</p>

CALIFICACION GENERAL



Recomendable para el puesto solicitado:

Sí

No

FACTOR	A	B	C
1. MODALES	2	1.5	0
2. PRESENTACION PERSONAL	1.5	1	0
3. SEGURIDAD EN SI MISMO	1.5	1	0
4. SINCERIDAD DETECTADA	2	1.5	0
5. HABILIDAD DE EXPRESION	1.5	1	0
6. ENTUSIASMO	1.5	1	0
7. PERSONALIDAD	2	1.5	0
8. RAZONAMIENTO	2	1.5	0
9. MOTIVACION PARA EL EMPLEO	2	1.5	0
10. CAPACIDAD DE DESARROLLO	2	1.5	0
11. VOCABULARIO UTILIZADO	1	0.5	0
12. FISICO	1	0.5	0

CALIFICACIÓN	RANGO
Muy buena	De 15 a 20 puntos
Buena	De 9 a 14 puntos
Regular	Menos de 9 puntos



Recomendable

para otro puesto: Sí ___ No ___ ENTREVISTA REALIZADA POR:

(NOMBRE Y FIRMA) _____ SELLO

FECHA: _____

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO _____

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO

EVALUACIÓN DE ENTREVISTA

NOMBRE	Anotar el nombre del recurso humano al que se está evaluando para cubrir el puesto vacante (o nueva plaza)
UBICACION	Anotar el nombre de la Unidad Organizativa o Dependencia en la que se encuentra ubicado el puesto vacante (o nueva plaza) para el que se solicita el recurso humano.
CRITERIOS DE EVALUACION	Leer la descripción de cada uno de los criterios a evaluar y para cada criterio, encerrar en un círculo el literal (A, B, o C) que mejor describa al recurso que se está evaluando.
CALIFICACION GENERAL	Realizar la sumatoria de los criterios de evaluación de la entrevista, de acuerdo, a las ponderaciones designadas para cada una de las alternativas de respuesta (A, B o C); y luego obtener el total para encerrar en un círculo la categoría en la que se ubica el recurso evaluado (Muy buena, buena regular), a partir de los rangos establecidos para las diferentes categorías.
RECOMENDABLE PARA PUESTO SOLICITADO U OTRO PUESTO	Marcar con una "X" la casilla si el recurso evaluado es apto o no para el puesto que se le ha solicitado, o en todo caso, si califica para algún otro puesto.



RH:02.06

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO _____

RESULTADOS DE EVALUACIONES PARA OPTAR AL CARGO DE _____

NOMBRE	EVALUACION PSICOLOGICA 20%	ANALISIS CURRICULAR 30%	PRUEBA TECNICA 40%	ENTREVISTA 10%	TOTAL 100%	OBSERVACIONES

DEPENDENCIA _____ **FECHA:** _____



NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO _____

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO

RESULTADOS DE EVALUACIONES PARA OPTAR AL CARGO

CARGO	Anotar el cargo para el cual se está efectuando el proceso de reclutamiento y selección.
DEPENDENCIA	Escribir el nombre de la dependencia donde existe la vacante a ocupar.
FECHA	Anotar la fecha en que se concluye con el proceso.
NOMBRE	Anotar los nombres de los recursos evaluados para el puesto vacante (o plaza nueva) en orden descendente, de acuerdo a las puntuaciones que obtuvieron a partir de los criterios y ponderaciones de evaluación acordados en el Acta No 1.
EVALUACION PSICOLÓGICA	Anotar las ponderaciones (en forma porcentual)
ANÁLISIS CURRICULAR	Anotar las ponderaciones (en forma porcentual)
PRUEBA TÉCNICA	Anotar las ponderaciones (en forma porcentual)
ENTREVISTA	Anotar las ponderaciones (en forma porcentual)
TOTAL	Anotar el total de las ponderaciones
OBSERVACIONES	Escribir aspectos relevantes si los hubiera.



RH:02.07

Formato de Acta de Resultados de Selección de Recurso

ACTA No. ___/201___

(Lugar) _____, a las _____(horas) del día _____ del mes de _____ de dos mil _____. Reunidos en las oficinas del Departamento de Recursos Humanos de (nombre del establecimiento) _____, la Comisión de Selección de Personal, conformada por el (la) Lic.(da) _____ Jefe del Departamento de Recursos Humanos ó su delegado _____ Lic.(da) _____, (Jefatura de la Unidad Solicitante), _____, y Lic.(da) _____ Psicólogo, con el propósito de contar con candidatos elegibles para seleccionar aquel que mejor cumpla con los requisitos establecidos en el **Manual Descriptivo de Clases**, en el cargo de _____, en plaza que se encuentra vacante (o si es plaza nueva o sustitución), en la dependencia de _____; conforme a la adecuación de las ponderaciones de los factores y criterios de selección según el puesto, acordados en acta de fecha _____, se obtuvieron los resultados que a continuación se detallan:

NOMBRE	EVALUACION PSICOLOGICA 20%	ANALISIS CURRICULAR 30%	PRUEBA TECNICA 40%	ENTREVISTA 10%	TOTAL 100%	OBSERVACIONES

No habiendo más que hacer constar se cierra la presente acta, que para constancia firmamos

Profesión y Nombre
Jefe Departamento de Recursos Humanos(SELLO)

Profesión y Nombre
Jefe Unidad Solicitante (SELLO)

Profesión y Nombre
Psicólogo. (SELLO)



ESTABLECIMIENTO _____

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO

ACTA SOBRE RESULTADOS DE SELECCIÓN DE RECURSOS

NUMERO DE ACTA	Anotar el número designado para identificar el acta de finalización de la selección de personal para plaza una vacante o nueva plaza.
ESPECIFICAR QUIENES CONFORMAN LA COMISIÓN DE SELECCIÓN DE PERSONAL	Anotar en el acta los nombres de las personas que conforman la Comisión de Selección de Personal, quienes establecieron en el Acta No 1, los criterios y ponderaciones a evaluar para elegir al recurso humano que cubrirá la plaza vacante (o nueva plaza).
CRITERIOS A EVALUAR Y PONDERACIONES	Anotar las ponderaciones (en forma porcentual) y criterios que se acordaron en el Acta No 1 para seleccionar el recurso humano que mejor cumpla con ellos.
ACUERDO SOBRE APROBACION DE RESULTADOS DE LA EVALUACION	Escribir el nombre del cargo o puesto que se encuentra vacante (o de la plaza nueva) y la dependencia en que se encuentra ubicado.
RESULTADOS DE LA EVALUACION	Anotar los nombres de los recursos evaluados para el puesto vacante (o plaza nueva) en orden descendente, de acuerdo a las puntuaciones que obtuvieron a partir de los criterios y ponderaciones de evaluación acordados en el Acta No 1, así como anotar los resultados obtenidos de las referencias laborales y personales.



NOMBRE Y FIRMA DE LA COMISIÓN DE SELECCIÓN DE PERSONAL	Escribir los nombres y las firmas de las personas que conforman el Comité de Selección de Personal, quienes avalan los resultados de las evaluaciones para el puesto vacante (o plaza nueva).
---	---

3. NOMBRAMIENTO Y CONTRATACIÓN DE PERSONAL

PROPUESTA INDIVIDUAL DE NOMBRAMIENTO PERSONAL ADMINISTRATIVO O CONTRATACIÓN PERSONAL ADMINISTRATIVO, MÉDICO Y PARAMÉDICO NIVEL REGIONAL

RH 03.01

FECHA DE ELABORACION DE PROPUESTA: _____

DEPENDENCIA SOLICITANTE		NOMBRE DEL EMPLEADO	
ACCION PROPUESTA:	EN PROPIEDAD ___	INTERINO ___	
CLASE DE NOMBRAMIENTO	ADHONOREM ___	OTRO _____	
FECHA DE INGRESO:		PERIODO: DESDE: _____	
INPEP O NOMBRE DE AFP:		NUP:	
NIT:	I.S.S.S.:	DUI:	
FORMA DE PAGO: LEY DE SALARIOS		CON TRATO	
UBICACIÓN			
DETALLE	ACTUAL	PROPUESTA	
LUGAR DE TRABAJO			
UNIDAD DE TRABAJO			
HORARIO DE TRABAJO			
NOMBRE DE LA PLAZA			
UNIDAD PRESUPUESTARIA			
LINEA DE TRABAJO			
PARTIDA Y SUBNUMERO			
SUELDO Y CATEGORIA			
CODIGO PRESUPUESTARIO:			
PAGADURÍA			
NOMBRADO EN :		PLAZA VACANTE	SUSTITUCION



		NUEVA	
NOMBRE DEL EMPLEADO SUSTITUIDO: MOTIVO: OBSERVACIONES Y/O ANEXOS:			
SOLICITANTE		VISTO BUENO	
PROFESIÓN, NOMBRE Y FIRMA DIRECTOR REGIONAL DE SALUD		PROFESIÓN, NOMBRE Y FIRMA DIRECTOR DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION	
REVISADO POR:			
NOMBRE Y FIRMA JEFE DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS			
AUTORIZADO:		REVISADO	
PROFESIÓN, NOMBRE Y FIRMA TITULAR DEL RAMO		UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS CONTRATACIONES Y REMUNERACIONES	
		FECHA:	No.

**PROPUESTA INDIVIDUAL DE NOMBRAMIENTO PERSONAL ADMINISTRATIVO O CONTRATACIÓN
 PERSONAL ADMINISTRATIVO, MÉDICO Y PARAMÉDICO
 NIVEL HOSPITALARIO**

RH 03.02

FECHA DE ELABORACION DE PROPUESTA: _____

DEPENDENCIA SOLICITANTE		NOMBRE DEL EMPLEADO	
ACCION PROPUESTA:	EN PROPIEDAD	___	INTERINO
	ADHONOREM	___	OTRO
CLASE DE NOMBRAMIENTO	_____		_____
FECHA DE INGRESO:		PERIODO: DESDE: _____	
INPEP O NOMBRE DE AFP:		NUP:	
NIT:	I.S.S.S.:	DUI:	
FORMA DE PAGO:		LEY DE SALARIOS	CON TRATO
UBICACIÓN			
DETALLE	ACTUAL	PROPUESTA	
LUGAR DE TRABAJO			



UNIDAD DE TRABAJO			
HORARIO DE TRABAJO			
NOMBRE DE LA PLAZA			
UNIDAD PRESUPUESTARIA			
LINEA DE TRABAJO			
PARTIDA Y SUBNUMERO			
SUELDO Y CATEGORIA			
CODIGO PRESUPUESTARIO:			
PAGADURIA			
NOMBRADO EN :	PLAZA VACANTE	PLAZA NUEVA	SUSTITUCION
NOMBRE DEL EMPLEADO SUSTITUIDO: MOTIVO: OBSERVACIONES Y/O ANEXOS:			
SOLICITANTE	VISTO BUENO		
PROFESIÓN, NOMBRE Y FIRMA DIRECTOR HOSPITAL NACIONAL	PROFESIÓN, NOMBRE Y FIRMA DIRECTOR NACIONAL DE HOSPITALES		
REVISADO POR:			
NOMBRE Y FIRMA JEFE DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS			
AUTORIZADO:	REVISADO		
PROFESIÓN, NOMBRE Y FIRMA TITULAR DEL RAMO	UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS CONTRATACIONES Y REMUNERACIONES		
		FECHA:	No.

**PROPUESTA INDIVIDUAL DE NOMBRAMIENTO PERSONAL MÉDICO Y PARAMÉDICO
NIVEL REGIONAL**

FECHA DE ELABORACION DE PROPUESTA: _____

RH 03.03

DEPENDENCIA SOLICITANTE		NOMBRE DEL EMPLEADO	
ACCION PROPUESTA:	EN PROPIEDAD ___	INTERINO ___	
CLASE DE NOMBRAMIENTO	ADHONOREM ___	OTRO ___	_____



FECHA DE INGRESO:		PERIODO: DESDE: _____	
INPEP O NOMBRE DE AFP:		NUP:	
NIT:	I.S.S.S.:	DUI:	
FORMA DE PAGO:		LEY DE SALARIOS	CON TRATO
UBICACIÓN			
DETALLE	ACTUAL	PROPUESTA	
LUGAR DE TRABAJO			
UNIDAD DE TRABAJO			
HORARIO DE TRABAJO			
NOMBRE DE LA PLAZA			
UNIDAD PRESUPUESTARIA			
LINEA DE TRABAJO			
PARTIDA Y SUBNUMERO			
SUELDO Y CATEGORIA			
CODIGO PRESUPUESTARIO:			
PAGADURIA			
NOMBRADO EN :		PLAZA VACANTE	PLAZA NUEVA
			SUSTITUCION
NOMBRE DEL EMPLEADO SUSTITUIDO:			
MOTIVO:			
OBSERVACIONES Y/O ANEXOS:			
SOLICITANTE		VISTO BUENO	
PROFESIÓN, NOMBRE Y FIRMA DIRECTOR REGIONAL DE SALUD		PROFESIÓN, NOMBRE Y FIRMA DIRECTOR DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION	
REVISADO POR:			
NOMBRE Y FIRMA JEFE DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS			



AUTORIZADO: PROFESIÓN, NOMBRE Y FIRMA TITULAR DEL RAMO	AUTORIZACION FECHA: No.
--	---

**PROPUESTA INDIVIDUAL DE NOMBRAMIENTO PERSONAL MÉDICO Y PARAMÉDICO
 NIVEL HOSPITALARIO**

RH 03.04

FECHA DE ELABORACION DE PROPUESTA: _____

DEPENDENCIA SOLICITANTE		NOMBRE DEL EMPLEADO	
ACCION PROPUESTA:	EN PROPIEDAD	___	INTERINO
	ADHONOREM	___	OTRO
CLASE DE NOMBRAMIENTO	_____		
FECHA DE INGRESO:		PERIODO: DESDE: _____	
INPEP O NOMBRE DE AFP:		NUP:	
NIT:	I.S.S.S.:	DUI:	
FORMA DE PAGO:		LEY DE SALARIOS	CON TRATO
UBICACIÓN			
DETALLE	ACTUAL	PROPUESTA	
LUGAR DE TRABAJO			
UNIDAD DE TRABAJO			
HORARIO DE TRABAJO			
NOMBRE DE LA PLAZA			
UNIDAD PRESUPUESTARIA			
LINEA DE TRABAJO			
PARTIDA Y SUBNUMERO			
SUELDO Y CATEGORIA			
CODIGO PRESUPUESTARIO:			
PAGADURÍA			



NOMBRADO EN :		PLAZA VACANTE	PLAZA NUEVA	SUSTITUCION
NOMBRE DEL EMPLEADO SUSTITUIDO: MOTIVO: OBSERVACIONES Y/O ANEXOS:				
SOLICITANTE		VISTO BUENO		
PROFESIÓN, NOMBRE Y FIRMA DIRECTOR HOSPITAL NACIONAL		PROFESIÓN, NOMBRE Y FIRMA DIRECTOR NACIONAL DE HOSPITALES		
REVISADO POR:				
NOMBRE Y FIRMA JEFE DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS				
AUTORIZADO:		AUTORIZACION		
PROFESIÓN, NOMBRE Y FIRMA TITULAR DEL RAMO				
		FECHA:	No.	

PROPUESTA GLOBAL NOMBRAMIENTO PERSONAL ADMINISTRATIVO O CONTRATACIÓN PERSONAL ADMINISTRATIVO, MÉDICO Y PARAMÉDICO.

RH 03.05

NIVEL REGIONAL

Fecha de elaboración: _____

Propuesta No. _____

Dependencia Solicitante : Período

Acción Propuesta :
Sistema de Pago :

Pagaduría :

UNIDAD PRESUPUESTARIA : LÍNEA

DE TRABAJO : CÓDIGO

PRESUPUESTARIO :

Partida	SubN o.	Cargo	Nombre	Sueldo Básico	Sueldo Individual	Sueldo Máximo Escalafón
XX	XX	XXXXX		\$ _____	\$ _____	\$ _____
			DUI :			
			NIT :			
			INPEP O NOMBRE DE AFP:			
			NUP:			
			ISSS:			
XX	XX	XXXXX		\$ _____	\$ _____	\$ _____
			DUI :			



NIT :
 INPEP O NOMBRE DE AFP:
 NUP:
 ISSS:

Se anexa curriculum vitae, declaración de cargo, título, justificación y anexos.

SOLICITANTE PROFESIÓN, NOMBRE Y FIRMA DIRECTOR REGIONAL DE SALUD	VISTO BUENO PROFESIÓN, NOMBRE Y FIRMA DIRECTOR DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
REVISADO POR: NOMBRE Y FIRMA JEFE DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	
AUTORIZADO: PROFESIÓN, NOMBRE Y FIRMA TITULAR DEL RAMO	REVISADO UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS CONTRATACIONES Y REMUNERACIONES
	FECHA: No.

PROPUESTA GLOBAL NOMBRAMIENTO PERSONAL ADMINISTRATIVO O CONTRATACIÓN PERSONAL ADMINISTRATIVO, MÉDICO Y PARAMÉDICO.

RH 03.06

HOSPITALES NACIONALES

Fecha de elaboración: _____ Propuesta No. ____
 Dependencia Solicitante : Período :
 Acción Propuesta :
 Sistema de Pago :
 Pagaduría : UNIDAD
 PRESUPUESTARIA : LÍNEA DE
 TRABAJO : CÓDIGO
 PRESUPUESTARIO :

Partida	SubNo.	Cargo	Nombre	Sueldo Básico	Sueldo Individual	Sueldo Máximo Escalafón
XX	XX	XXXXX		\$ ____	\$ ____	\$ ____



DUI :
 NIT :
 INPEP O NOMBRE DE AFP:

NUP:
 ISSS:

XX XX XXXXX \$ ____ \$ ____ \$ ____

DUI :
 NIT :
 INPEP O NOMBRE DE AFP:

NUP:
 ISSS:

Se anexa currículum vitae, declaración de cargo, título, justificación y anexos.

SOLICITANTE PROFESIÓN, NOMBRE Y FIRMA DIRECTOR HOSPITAL NACIONAL	VISTO BUENO PROFESIÓN, NOMBRE Y FIRMA DIRECTOR NACIONAL DE HOSPITALES
REVISADO POR: NOMBRE Y FIRMA JEFE DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	
AUTORIZADO: PROFESIÓN, NOMBRE Y FIRMA TITULAR DEL RAMO	REVISADO UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS CONTRATACIONES Y REMUNERACIONES
	FECHA: No.

**PROPUESTA GLOBAL DE NOMBRAMIENTO DE PERSONAL MÉDICO
 Y PARAMÉDICO
 NIVEL REGIONAL**

RH 03.07

Fecha de elaboración: _____

Propuesta No. _____

Dependencia Solicitante :
 Período : A partir del
 Acción Propuesta : Nombramiento en Propiedad Interino



Sistema de Pago :
Pagaduría :

UNIDAD PRESUPUESTARIA : LÍNEA
DE TRABAJO :
CÓDIGO PRESUPUESTARIO : 20 - - - - -

Partida	SubNo.	Cargo	Nombre	Sueldo Básico	Sueldo Individual	Sueldo Máximo Escalafón
			XXXXXXXXXXXXX	\$_____	\$_____	\$_____
			DUI :			
			NIT :			
			INPEP O NOMBRE DE AFP:			
			NUP:			
			ISSS:			
			XXXXXXXXXXXXX	\$_____	\$_____	\$_____
			DUI :			
			NIT :			
			INPEP O NOMBRE DE AFP:			
			NUP:			
			ISSS:			

Se anexa currículum vitae, declaración de cargo, título, justificación y anexos.

SOLICITANTE PROFESIÓN, NOMBRE Y FIRMA DIRECTOR REGIONAL DE SALUD	VISTO BUENO PROFESIÓN, NOMBRE Y FIRMA DIRECTOR DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION
REVISADO POR: NOMBRE Y FIRMA JEFE DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	
AUTORIZADO: PROFESIÓN, NOMBRE Y FIRMA TITULAR DEL RAMO	AUTORIZACION
	FECHA: No.

RH 03.08



PROFESIÓN, NOMBRE Y FIRMA TITULAR DEL RAMO	AUTORIZACION
	FECHA: No.

RH 03.09

INFORME DE PLAZAS VACANTES

ESTABLECIMIENTO: _____ FECHA: _____

No.	UP-LT	PDA.	SUBNo.	NOMBRE DE LA PLAZA	SUELDO BASE	SUEL. MAX. CON ESCALAFON	VACANTE A PARTIR DE:	NOMBRE DE QUIEN OCUPABA LA PLAZA	OBSERVACIONES

Nombre y Firma
Jefe Departamento Recursos Humanos

Nombre y Firma
Director del Establecimiento.



- **Elaborar en Excel.**

Modelo de Oficio de solicitud de Nombramiento Personal Administrativo
NIVEL REGIONAL

RH 03.10

Oficio No. ____

San Salvador, ____ de _____ de 201_.

Asunto: Solicitando Autorización para Nombrar Personal del Nivel Regional. SEÑOR MINISTRO:

Con fundamento en el artículo 2 de la Ley de Salarios del presente año del Decreto No. ____, publicado en el Diario Oficial No. ____ tomo ____, de fecha __ de _____ del 201_, atentamente y por necesidades en el servicio, solicito a usted dictar las instrucciones pertinentes, con el propósito de autorizar el nombramiento, a partir del ____ de _____ de 201_ por Ley de Salarios, al personal que a continuación se detalla:

UNIDAD PRESUPUESTARIA: 0_
LÍNEA DE TRABAJO : 0_
CÓDIGO PRESUPUESTARIO : 201_

Partida	Sub.Nº	Cargo	Nombre	Básico	Sueldo Individual	Sueldo Mensual Máximo	Sueldo Escalafón
---------	--------	-------	--------	--------	-------------------	-----------------------	------------------

xx	xx	NIT:	\$ ____	\$ ____	\$ ____		
----	----	-------------	---------	---------	---------	--	--

\$ ____ \$ ____ \$ ____ xx xx NIT:

Para efectos de tal autorización se acompaña: currículum vitae, justificación respectiva y copia de documento de identidad correspondiente de los interesados.

DIOS UNION LIBERTAD

Profesión, Nombre y firma Titular
del Ramo



**AL SEÑOR MINISTRO DE HACIENDA Profesión
y Nombre del Señor Ministro E.S.D.O.**

RH 03.11

Modelo de Oficio de solicitud de Nombramiento Personal Médico y Paramédico

NIVEL REGIONAL

Oficio No. ____

San Salvador, ____ de ____ de 201_.

Asunto: Solicitando Autorización para Nombrar Personal del Nivel Regional. SEÑOR MINISTRO:

Con fundamento en el artículo 2 de la Ley de Salarios del presente año del Decreto No. ____, publicado en el Diario Oficial No. ____ tomo ____, de fecha __ de ____ del 201_, atentamente y por necesidades en el servicio, solicito a usted dictar las instrucciones pertinentes, con el propósito de autorizar el nombramiento, a partir del ____ de ____ de 201_ por Ley de Salarios, al personal que a continuación se detalla:

**UNIDAD PRESUPUESTARIA: 0_
LÍNEA DE TRABAJO : 0_
CÓDIGO PRESUPUESTARIO : 201_**

Partida	Sub.Nº	Cargo	Nombre	Básico	Sueldo Individual	Sueldo Máximo	Sueldo Mensual Escalafón
---------	--------	-------	--------	--------	-------------------	---------------	--------------------------

xx xx NIT: \$_____ \$_____ \$_____

\$_____ \$_____ \$_____ xx xx NIT:

Para efectos de tal autorización se acompaña: currículum vitae, justificación respectiva y copia de documento de identidad correspondiente de los interesados.

DIOS UNION LIBERTAD

Profesión, Nombre y firma
Director Regional



**AL TITULAR DEL RAMO DE SALUD Profesión
y Nombre del Señor Ministro E.S.D.O.**

**Modelo Oficio de solicitud de nombramiento de personal Administrativo.
Nivel Hospitalario**

RH 03.12

Oficio N°. _____

Municipio, ___ de _____ de 201_.

**Asunto: Solicitando Autorización para Nombrar Personal del
(Nombre del Hospital).**

Sr. Ministro:

Con fundamento en el artículo 2 de la Ley de Salarios del presente año del Decreto No. ____, publicado en el Diario Oficial No. __ tomo ____, de fecha __ de _____ del 201_, atentamente y por necesidades en el servicio, solicito a usted dictar las instrucciones pertinentes, con el propósito de autorizar el nombramiento, a partir del __ de _____ de 201_ por Ley de Salarios, al personal que a continuación se detalla:

UNIDAD PRESUPUESTARIA : 0_
LÍNEA DE TRABAJO : 0_
CÓDIGO PRESUPUESTARIO : 201_-

Partida	Máximo Sub.Nº	Cargo	Nombre	Sueldo		Sueldo
				Básico	Individuo	
a	Escalaf			Mensual	al	ón
				xx	xx	\$_____ \$_____

NIT.:

Para efectos de tal autorización se acompaña: currículum vitae, justificación respectiva y copia de documento de identidad correspondiente de los interesados.

DIOS UNIÓN LIBERTAD



Profesión, Nombre y Firma Director
del Hospital

**AL SEÑOR MINISTRO DE HACIENDA Profesión
y Nombre del Señor Ministro
E. S. D. O.**

**Modelo de Oficio de solicitud de contratación de personal Administrativo, Médico y
Paramédico.**

Nivel Regional y Hospitalario

RH 03.13

Oficio Nº. _____

San Salvador, __ de _____ de 201_.

**Asunto: Solicitar Autorización para Nombrar
Personal del Nivel Regional y Hospitalario.**

Sr. Ministro:

Con fundamento en el Artículo 83 de las Disposiciones Generales del Presupuesto y por necesidades en los servicios, atentamente solicito autorización para contratar durante el periodo comprendido del __ de _____ al __ de _____ de 201_ por Contrato GOES , al personal que a continuación se detalla .:



UNIDAD PRESUPUESTARIA : 0_
 LÍNEA DE TRABAJO : 0_
 CÓDIGO PRESUPUESTARIO : 201_

Contrato Cargo

Nombre

Sueldo
Básico
Mensual

Sueldo
Individual



Máximo
Escalafón

NIT.:

NIT.:

\$_____
\$_____

\$_____
\$_____

\$_____
\$_____

Para efectos de tal autorización se acompaña:

currículum vitae, justificación respectiva y copia de documento de identidad correspondiente de los interesados.

DIOS UNION LIBERTAD

Profesión, Nombre y Firma
 Titular del Ramo o Director
 de Hospital.

AL SEÑOR MINISTRO DE HACIENDA
Profesión y Nombre del Señor Ministro
E. S. D. O



RH 03. 14

(1) UNIDAD PRIMARIA: MINISTERIO DE SALUD SITUACION ACTUAL Y PROPUESTA

NOMBRE (2)	SITUACION ACTUAL					SITUACION PROPUESTA					VIGENCIA CONT. NOM. (14)	OBSERVACIONES (15)	
	TITULO DE LA PLAZA		U.PRESU P. L. DE T (5)	SUELDO MENSUAL (6)	SISTEMA DE PAGO (7)	TITULO DE LA PLAZA		U.PRESU P. L. DE T (10)	SISTEMA DE PAGO (11)	SUELDO MENSUAL (12)			INCREMENTO SALARIAL (13)
	NOMINAL (3)	FUNCIONAL (4)				NOMINAL (8)	FUNCIONAL (9)						

Fecha

Nombre y Firma

Jefe Departamento Recursos Humanos



INFORMACION BÁSICA PARA SOLICITAR AUTORIZACIÓN
PARA
CONTRATAR Y/O NOMBRAR PERSONAL

ANTE EL MINISTERIO DE HACIENDA

1. INFORMACIÓN GENERAL

- 1.1 Nombre de la Persona:
- 1.2 Nombre de la Unidad:
- 1.3 Objetivo General:
- 1.4 Título de la Plaza y salarios solicitados, según Ley de Salarios o Detalle de Plazas por Contrato.
- 1.5 Tareas a realizar:
- 1.6 Tareas actuales:
- 1.7 Número de personas que desempeñan similar función
- 1.8 Cuando se trate de plazas con cargo de Jefatura, indicar el número de personas que tendrá bajo su cargo:

2. JUSTIFICACION

- 2.1 Justificación: Explicar la necesidad de contar con el recurso humano solicitado
- 2.2 Requisitos:
- 2.3 Fecha desde cuándo está vacante la plaza y quién la utilizaba:
- 2.4 Financiamiento:

Lugar y Fecha _____ Nombre, firma y sello

Jefe Departamento de Recursos Humanos



RH 03. 16

SOLICITUD DE CONTRATACIONES DE PERSONAL MÉDICO Y PARAMÉDICO

Establecimiento: _____

N° Corr.	U.P	Part.	Subn°	Nombre de la Plaza	Nombre de la Persona	Sueldo Mensual Básico	Sueldo Máximo con escalafón	Vigencia de Nombramiento o Contratación	Resumen Curricular

Los suscritos damos fé, que la presente solicitud está dentro del marco legal vigente relacionado con los recursos humanos y el personal detallado en este documento cumple con la capacidad técnica y profesional; asimismo, no existe impedimento legal o ético para que se desempeñen en los cargos en que se proponen, que se ha evaluado la necesidad real de la contratación en las plazas solicitadas y se ha verificado la ubicación, título y sueldo de la plaza en la Unidad Presupuestaria y Línea de Trabajo correspondiente.

Profesión, Nombre y Firma
Regional de Salud u Hospital

Profesión, Nombre y Firma Director
Titular del Ramo de Salud



MODELO DE RESOLUCIÓN DEL MINISTERIO DE HACIENDA

RS.Nº ____/____

RESOLUCIÓN

El Titular del Ramo de Salud o Director Hospital Nacional,

CONSIDERANDO:

- I. Que según Decreto Ejecutivo de la Política de Ahorro del Sector Público No. _____ de fecha _____, (si la hubiere), el cual sustituye el artículo ____ del Decreto Ejecutivo No. _____ de fecha _____ del presente año, en el inciso _____, establece: “COPIAR LITERALMENTE EL INCISO DEL ARTÍCULO EN REFERENCIA”
- II. EN ESTE APARTADO: Justificar la necesidad impostergable de la contratación de los servicios del señor (nombre de la persona) ya que de lo contrario se paralizan la prestación de los servicios, si se trata de sustitución inmediata o plaza directriz o plaza única, si es de nuevo ingreso, o ya labora en la institución. Denominación de plaza en que lo proponen si es vacante desde (fecha) o es plaza no programada con sueldo básico mensual y sueldo máximo con escalafón, indicar la Unidad Presupuestaria, Línea de Trabajo, partida y subnúmero.
- III. EN ESTE APARTADO: Manifiestar que las personas cumplen con el perfil requerido para desempeñarse en el puesto que lo proponen y que se anexa el currículum y los atestados probatorios.
- IV. EN ESTE APARTADO: Aclarar que si es plaza no programada tiene respaldo financiero, a través de una certificación de fondos de la UFI, indicando específico, Unidad Presupuestaria y Línea de trabajo.
- V. EN ESTE APARTADO: Aclarar el objetivo estratégico del puesto a través de las funciones a realizar.

RESUELVE: Solicitar a la Dirección General de Presupuesto, autorización para utilizar plaza vacante, en la cual se contratará al NOMBRE DE RECURSO, en plaza NOMBRE DEL CARGO con sueldo mensual básico \$ _____ y sueldo máximo con escalafón \$ _____, por un período de contratación de _____.



Municipio , a los _____ días del mes de _____ del dos mil _____.

DIOS UNION LIBERTAD

Profesión, nombre y firma del
Titular de Ramo o Director de Hospital

NOTA: Esta resolución sólo se elaborará cuando se emita el Decreto Ejecutivo de la Política de Ahorro del Sector Público

RH 03.18

**MODELO DE ACUERDO DE NOMBRAMIENTO INTERINO
(PERIODO DE PRUEBA)**

Municipio, ___ de _____ del 201__

NOMBRAMIENTO INTERINO

ACUERDO No.____

El Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud, con fundamento en el Art. 2 de la Ley de Salarios para el ejercicio 201__, Decreto Legislativo N° __ , publicado en el Diario Oficial N° __ , tomo __ de fecha __ de _____ de 201__ , Art. 18 de la Ley del Servicio Civil y Art. 22 del Reglamento Interno de la Unidad y Departamentos de Recursos Humanos del Ministerio de Salud y por necesidades en el servicio, ACUERDA: Nombrar Interinamente en Ley de



Salarios por un período de prueba de tres meses, a (NOMBRE DEL EMPLEADO), en cargo de _____, en la Región de Salud _____ u Hospital Nacional _____.

Unidad Presupuestaria : 0__

Línea de Trabajo : 0__

Código Presupuestario : 201__

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O EMPLEADO

CARGO

NIT:

NOMBRE DE AFP:

NUP/INPEP:

Durante el periodo comprendido del __ de _____ al __ de _____ 201__

Autorización emitida por el MINISTERIO DE SALUD O MINISTERIO DE HACIENDA N° ____ de fecha _____ de 201__

PART.	SUBNo.	CAT.	SUELDO INDIVIDUAL	SUELDO BÁSICO	SUELDO MÁX. CON ESCALAFÓN
x	x	xx	\$_____	\$_____	\$_____

Se autoriza a la Pagaduría Auxiliar de Remuneraciones Regional o Tesorería del Hospital, para que pague al referido (funcionario o empleado) el sueldo antes mencionado de la Ley de Salarios, con cargo al Fondo General. COMUNÍQUESE.

DIOS UNIÓN LIBERTAD

Profesión y Nombre
Titular del Ramo o Director de Hospital

MODELO DE ACUERDO EN PROPIEDAD

RH 03.19

Municipio, __de_____ de 201__.

NOMBRAMIENTO EN PROPIEDAD

ACUERDO No. _____

El Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud, con fundamento en el Art. 2 de la Ley de Salarios para el ejercicio 201__, Decreto Legislativo N° __, publicado en el Diario Oficial N° __, tomo __ de fecha __ de _____ de 201__, y por necesidades en el servicio, ACUERDA: Nombrar en Propiedad por Ley de Salarios a partir del __de _____ del presente año a (NOMBRE DEL EMPLEADO), en el cargo de _____, en la Región _____, u Hospital Nacional _____.



Unidad Presupuestaria : 0__
 Línea de Trabajo : 0__
 Código Presupuestario : 201__

**NOMBRE DEL FUNCIONARIO O EMPLEADO
 CARGO**

NIT:

NUP y INPEP o NOMBRE DE AFP:

Autorización emitida por el MINISTERIO DE SALUD O MINISTERIO DE HACIENDA N°
 ____ de fecha _____ de 201__

Durante el periodo comprendido del ____ de 201__ al ____ de 201__

PART.	SUBNo.	CAT.	SUELDO INDIVIDUAL	SUELDO BÁSICO	SUELDO MAX. CON ESCALAFÓN
x	x	xx	\$_____	\$_____	\$_____

Se autoriza a la Pagaduría Auxiliar de Remuneraciones de Regional o Tesorería del Hospital, para que pague al referido (funcionario o empleado) el sueldo antes mencionado de la Ley de Salarios, con cargo al Fondo General. COMUNÍQUESE.

DIOS UNIÓN LIBERTAD

Profesión y Nombre
 Titular del Ramo o Director del Hospital

MODELO DE ACUERDO INTERINO PARA EL PERSONAL QUE RINDE FIANZA.

Municipio, ____ de _____ del 201__

RH 03.20

NOMBRAMIENTO INTERINO

ACUERDO No. ____

El Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud, con fundamento en el Art. 2 de la Ley de Salarios para el ejercicio 201__, Decreto Legislativo N° __, publicado en el Diario Oficial N° __, tomo ____ de fecha __ de _____ de 201__, Art. 79 de las Disposiciones Generales del Presupuesto, Art. 18 de la Ley del Servicio Civil y Art. 22 del Reglamento Interno de la Unidad y Departamentos de Recursos Humanos del Ministerio de Salud y por necesidades en el servicio, ACUERDA: Nombrar Interinamente en Ley de Salarios por un período de prueba de tres meses, a (NOMBRE DEL EMPLEADO), en cargo de _____, en la



Región de Salud _____ u Hospital Nacional _____. Con las siguientes funciones específicas detalladas en el Manual Descriptivo de Clases: (Detallarlas en caso que el cargo no exista en el Manual). El funcionario o empleado antes de tomar posesión de su cargo, deberá rendir fianza a favor de la institución, de conformidad a la ley.

Unidad Presupuestaria : 0__
 Línea de Trabajo : 0__
 Código Presupuestario : 201__

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O EMPLEADO
CARGO

NIT:

NUP/INPEP o NOMBRE DE AFP:

Durante el periodo comprendido del _____ de 201__ al _____ de 201_____

Autorización emitida por el MINISTERIO DE SALUD O MINISTERIO DE HACIENDA N° ____ de fecha _____ de 201_____

PART.	SUBNo.	CAT.	SUELDO INDIVIDUAL	SUELDO BÁSICO	SUELDO MÁX. CON ESCALAFÓN
x	x	xx	\$_____	\$_____	\$_____

Se autoriza a la Pagaduría Auxiliar de Remuneraciones Regional o Tesorería del Hospital, para que pague al referido (funcionario o empleado) el sueldo antes mencionado de la Ley de Salarios, con cargo al Fondo General. COMUNÍQUESE.

DIOS UNIÓN LIBERTAD

Profesión y Nombre
 Titular del Ramo o Director de Hospital

MODELO DE ACUERDO EN PROPIEDAD PARA EL PERSONAL QUE RINDE FIANZA.

Municipio, ___ de _____ del 201__

RH 03.21

NOMBRAMIENTO EN PROPIEDAD

ACUERDO No. _____

El Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud, con fundamento en el Art. 2 de la Ley de Salarios para el ejercicio 201__, Decreto Legislativo N° __, publicado en el Diario Oficial N° __, tomo __ de fecha __ de _____ de 201__, y Artículos 79 de las Disposiciones Generales del Presupuesto, 18 de la Ley del Servicio Civil y 22 del Reglamento Interno de la Unidad y Departamentos de Recursos Humanos del Ministerio de Salud y por necesidades en el servicio, ACUERDA: Nombrar en propiedad por Ley de Salarios, a (NOMBRE DEL



EMPLEADO) , en cargo de _____, en la Región de Salud _____ u Hospital Nacional _____. Con las siguientes funciones específicas detalladas en el Manual Descriptivo de Clases: (Detallarlas en caso que el cargo no exista en el Manual). El funcionario o empleado antes de tomar posesión de su cargo, deberá rendir fianza a favor de la institución, de conformidad a la ley.

Unidad Presupuestaria : 0__
 Línea de Trabajo : 0__
 Código Presupuestario : 201__

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O EMPLEADO
CARGO

NIT:

NUP/INPEP o NOMBRE DE AFP:

A partir del ___ de _____ 201_

Autorización emitida por el MINISTERIO DE SALUD O MINISTERIO DE HACIENDA N° ____ de fecha _____ de 201_____

PART.	SUBNo.	CAT.	SUELDO INDIVIDUAL	SUELDO BÁSICO	SUELDO MÁX. CON ESCALAFÓN
x	x	xx	\$_____	\$_____	\$_____

Se autoriza a la Pagaduría Auxiliar de Remuneraciones Regional o Tesorería del Hospital, para que pague al referido (funcionario o empleado) el sueldo antes mencionado de la Ley de Salarios, con cargo al Fondo General. COMUNÍQUESE.

DIOS UNIÓN LIBERTAD

Profesión y Nombre
 Titular del Ramo o Director de Hospital

MODELO DE CONTRATO FONDO GOES

RH 03.22

CONTRATO POR SERVICIOS PERSONALES No.

(Nombre completo del Titular), en calidad de Titular del Ramo, nombrado mediante Acuerdo número ____, del Órgano Ejecutivo, de fecha ___ de ___ del año dos mil ____, publicado en el Diario Oficial número_____, Tomo número_____, de fecha ___ de ____; actuando en nombre y representación del Ramo de Salud, de _____ años de edad, (nombre de la profesión), de este domicilio, portador del Documento Único de Identidad número _____, que en adelante me denominaré EL MINSAL, por una



parte y por otra (nombre, edad, profesión o nivel educativo, domicilio, número de DUI, del FUNCIONARIO O EMPLEADO, que se está contratando), quien en lo sucesivo se denominará (FUNCIONARIO O EMPLEADO, según sea el caso), convenimos en celebrar el presente contrato, conforme a las cláusulas que a continuación se especifican:

PRIMERA: OBJETO

Este instrumento, tiene por Objeto la Contratación por **SERVICIOS PERSONALES** de (Nombre completo del contratado), como (nombre de la plaza por la cual se contrata.)

SEGUNDA: AUTORIZACIÓN Y SUELDO

La contratación de estos servicios están debidamente avalados por el Ministerio de Hacienda, con base en la Autorización número____, de fecha_____. Por los cuales EL MINSAL, se compromete a pagarle en concepto de Sueldo la cantidad de _____Dólares, en forma mensual.

TERCERA: FINANCIAMIENTO DEL SUELDO

EL MINSAL pagará por los servicios que preste (Funcionario o Empleado), a través de fondos GOES, de acuerdo al detalle siguiente:

Número y nombre de la Unidad Presupuestaria:

Número y nombre de la Línea de Trabajo:
Código Presupuestario:

Los pagos los efectuará el MINSAL por medio de (la Pagaduría Auxiliar de Remuneraciones del Nivel Regional _____, o Tesorería del Hospital _____)

CUARTA: LUGAR DE PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS, JORNADA LABORAL Y HORARIO.

El (Funcionario o Empleado) prestará sus servicios personales, en (las oficinas de _____ del Nivel Regional _____, y Hospital _____), ubicado en Departamento de _____, Municipio de_____, en una jornada semanal de lunes a viernes y con un horario de trabajo de: _____, de acuerdo a lo establecido en las Disposiciones Generales de Presupuesto Art. 84, Inciso 1 y Número 3 (Para Personal Administrativo), o en jornadas semanales y horarios establecidos en el Plan Mensual de Turnos Rotativos, de acuerdo a lo establecido en las Disposiciones Generales de Presupuesto, Art. 113, Inciso 1 y a la Norma



2.5 relativa a las Prestaciones Laborales de las Normas de Control Interno de Recursos Humanos. (Para Personal que labora en la modalidad de turnos rotativos).

QUINTA: FUNCIONES DEL (FUNCIONARIO O EMPLEADO)

EL (FUNCIONARIO O EMPLEADO) desempeñara las funciones que le corresponden de acuerdo al (Manual descriptivo de clases o al Manual de Organización y Funciones de la Región de Salud. Así mismo debe atenderse lo prescrito por el Art. 79 de las Disposiciones Generales de Presupuesto, para el Funcionario o Empleado que rendirá FIANZA y deberá detallarse las funciones del mismo en esta cláusula.)

SEXTA: RÉGIMEN JURÍDICO

EI (FUNCIONARIO O EMPLEADO) gozará de todas las prerrogativas que establecen las leyes administrativas relacionadas; en caso de faltas disciplinarias, que éste cometiere, se aplicará lo conducente en las mismas.

SÉPTIMA: DECLARACIÓN DE CARGO

(EL FUNCIONARIO O EMPLEADO) declara que no desempeña en la actualidad ningún cargo dentro de la Administración Pública. Salvo en las excepciones legales.

OCTAVA: PLAZO

El plazo del presente Contrato es por un período de _____ meses, comprendido del__ de _____ al __ de _____ de 201_. (Máximo un año fiscal).

NOVENA: PERIODO DE PRUEBA PARA PERSONAL DE NUEVO INGRESO. Todo empleado de nuevo ingreso deberá de pasar un periodo de prueba de tres meses contados a partir de la fecha en la que se le de posesión del cargo, después de los cuales si no rindiere los servicios satisfactoriamente podrá ser removido sin ningún trámite para lo cual se seguirán las reglas establecidas en el Artículo 22 y siguientes del Reglamento de la Unidad y Departamentos de Recursos Humanos del MINSAL. **(Esta cláusula aplica únicamente para la contratación en período de prueba)**

DECIMA: TERMINACIÓN DEL CONTRATO

El MINSAL se reserva el derecho de rescindir el contrato, sin responsabilidad de su parte por falta de cumplimiento del (FUNCIONARIO O EMPLEADO), de la atribución y funciones establecidas por ley o en el manual respectivo. Así mismo, podrá darse por terminado el



presente contrato, de común acuerdo entre las partes, en todo caso el (FUNCIONARIO O EMPLEADO) deberá solicitarlo anticipadamente, por escrito a la autoridad competente.

EN FE de todo lo anterior firmamos el presente contrato, en San Salvador, _____ de _____ del año dos mil ____.

EI MINSAL:

(Firma y sello, Profesión , nombre completo del Titular)

FUNCIONARIO (O EMPLEADO)

(Firma, Nombre completo)

RH 03.23

MODELO DE RESOLUCION EN CASO DE NO SUPERAR SATISFACTORIAMENTE EL PERIODO DE PRUEBA

HOY SE HA EMITIDO RESOLUCION QUE DICE:

No__

Ministerio de Salud, Dirección Región de Salud u Hospital, (Nombre del Establecimiento), (Municipio) a los ____ días del mes de _____ del año 201___. De conformidad al Art. 18 literal g) de la Ley del Servicio Civil, Art. 22, 23 y 24 del Reglamento Interno de la Unidad y Departamentos de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, y con base al Informe del Periodo de Prueba suscrito por la Jefatura Inmediata respectiva, **por el cual se señala la falta de idoneidad del recurso para el puesto;** esta Dirección **RESUELVE:** Remover a partir



del ___ de _____ del 201___, a _____, nombrada o contratada en el cargo de _____, en (Nombre del Establecimiento) del Ministerio de Salud.

DIOS UNION LIBERTAD

Director Regional de Salud o Director de Hospital

4. INDUCCIÓN GENERAL DE PERSONAL

RH 04. 01

ESTABLECIMIENTO _____

CONSTANCIA DE INDUCCION DE PERSONAL

Yo,

 , quién he sido nombrado(a) / contratado (a) por:

 (Nombre del establecimiento)

Para desempeñar el cargo de: _____, en la Unidad / Departamento o Área de: _____, hago constar que he recibido este día la Inducción General, de acuerdo a lo establecido en los Art. 45 y 46 del Reglamento Interno de la Unidad y Departamentos de Recursos Humanos del MINSAL, haciendo uso del Manual de Bienvenida.



Además he sido informado (a) que la Inducción específica me la brindará la Jefatura inmediata.

Nombre y Firma según DUI: _____

(De la persona que recibe la inducción)

Lugar, _____ de _____ de _____

Inducción realizada por: _____

(Nombre y firma del Técnico de Recursos Humanos)

ESTABLECIMIENTO: _____

RH 04. 02

PARA : Profesión, nombre y cargo del Jefe Inmediato

No. _____

DE : Profesión, nombre, firma y sello Director del establecimiento

FECHA : ___ de ___ de 201___

Me es grato dirigirme a usted, ocasión que aprovecho para presentarle a PROFESION



NOMBRE DEL **PERSONAL DE NUEVO INGRESO**, NOMBRE DEL CARGO (según nombramiento), quien desempeñará funciones (si aplica) de NOMBRE DEL CARGO (según funciones), en AREA DONDE DESEMPEÑARA LAS FUNCIONES; a partir de FECHA DE INICIO, hasta FECHA DE FINALIZACION, que corresponde al período de prueba.

De acuerdo a los Artículos 22, 23 y 24 del Reglamento Interno de la Unidad y Departamentos de Recursos Humanos del MINSAL, solicito remitir a este Departamento, antes de la fecha de término del período de prueba, informe y evaluación al desempeño del referido empleado, para los efectos correspondientes.

Por lo antes expuesto solicito a usted, brindar la inducción específica y el apoyo necesario, para el buen desarrollo de sus funciones.

Atentamente,

c.c. Empleado
Expediente

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

RH 04. 03

(PARA EFECTOS DE COBRO DE EMOLUMENTOS EN CASO DE FALLECIMIENTO Y OTROS)

Yo, (1) _____, que desempeño actualmente el cargo de (2) _____ en la oficina(3)_____ del ramo de Salud; por la presente designo a: (4)_____, de (5)_____ años de edad, de profesión u oficio(6)_____, DUI (7)_____, con dirección (8)_____, del domicilio de (9)_____, quien puede ser contactado en el número telefónico (10)_____, para que firme los documentos necesarios, cobre el sueldo y cualquier remuneración que como empleado me corresponden, por motivo de: fallecimiento, enfermedad (estado de coma), prisión o encontrarme fuera del país. Lugar y fecha (11) _____

Firma del empleado(a) (12)_____

DUI (13) _____

Art.142, numeral 4 de las Disposiciones Generales de Presupuesto

- ADJUNTAR FOTOCOPIA DE DUI ACTUALIZADO Y LEGIBLE DEL BENEFICIARIO (ampliado a 150%)

=====



INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

(PARA EFECTOS DE COBRO DE EMOLUMENTOS EN CASO DE FALLECIMIENTO Y OTROS)

- (1) Escribir el nombre del empleado según Acuerdo de Nombramiento o Contrato.
- (2) Anotar el cargo que desempeña al momento de completar el formulario.
- (3) Escribir el nombre de la dependencia donde labora
- (4) Anotar el nombre de la persona a quien desea comisionar para que cobre.
- (5) Escribir la edad de la persona que comisiona para que cobre.
- (6) Anotar la profesión o el oficio de la persona que comisiona para que cobre.
- (7) Escribir el número único de identidad de la persona que comisiona para que cobre.
- (8) Anotar la dirección donde habita la persona que comisiona para que cobre.
- (9) Anotar el municipio donde reside la persona que comisiona para que cobre.
- (10) Escribir el número de teléfono de la persona que comisiona para que cobre.
- (11) Anotar el lugar donde es completado el formulario y la fecha, en que lo efectúa.
- (12) Escribir la firma según consta en registros del Ministerio de Salud.
- (13) Escribir el número único de identidad del empleado.

Formato de Remisión de Certificado del Seguro Colectivo de Vida al Ministerio de Hacienda.

RH 04. 04

Oficio No. 201_-____-____

San Salvador, __ de _____ de 201_.

Sr. o Sra. _____

Encargado (a) del Seguro Colectivo de Vida

Ministerio de Hacienda

Presente

Adjunto a la presente Detalle de Certificados del Seguro Colectivo de Vida, de los empleados de NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO, del Ministerio de Salud, para trámites correspondientes.

De usted atentamente,



Profesión, nombre y sello
Jefe de Departamento de Recursos Humanos

RH 04. 05

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO _____
DETALLE DE CERTIFICADOS DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA

No.	NOMBRE SEGÚN DUI	DEPENDENCIA
1		
2		
3		
4		
5		
6		



7		
8		
9		
10		
11		

DECLARACION DE RESPONSABILIDADES ÉTICAS

RH 04. 06

Lugar y Fecha: _____

Yo, _____,
mayor de edad con dirección
particular _____



_____. Con Documento de Identidad Personal D.U.I.
No. _____ Estado Civil _____ No. de
NIT _____.

Para dar cumplimiento a lo establecido en el Reglamento Interno de la Unidad y Departamentos de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, en su Artículo No. _____, y a la Ley de Ética Gubernamental Vigente en lo conducente a los Artículos ___ y ___ **DECLARO:**

- I **Que mis actuaciones como servidor público serán regidas por los Principios de la Ética Pública de Transparencia, Imparcialidad, Responsabilidad, Lealtad y demás principios contenidos en el Art. 4 de la Ley de Ética Gubernamental.**

- II **Dar estricto cumplimiento al Art. 4 y 5.- de la Ley de Ética Gubernamental que textualmente dice: Art.5.- Toda persona sujeta a esta Ley debe cumplir los siguientes deberes éticos:**
 - a) *Utilizar los bienes, fondos, recursos públicos o servicios contratados únicamente para el cumplimiento de los fines institucionales para los cuales están destinados.*

 - b) *Denunciar ante el Tribunal de Ética Gubernamental o ante la Comisión de Ética Gubernamental respectiva, las supuestas violaciones a los deberes o prohibiciones éticas contenidas en esta Ley, de las que tuviere conocimiento en el ejercicio de su función pública*

 - c) *Excusarse de intervenir o participar en asuntos en los cuales él, su cónyuge, conviviente, parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad o socio, tengan algún conflicto de interés.*

- III **De presentarse inobservancia de alguno de los contenidos de mi declaración de responsabilidades éticas, quedará sujeto a la imposición de las sanciones disciplinarias establecidas en las Leyes Correspondientes.**

En fe de lo que firmo: _____



Ante Mí: _____

Jefe de Recursos Humanos



(Sujeto a modificaciones)

5. LICENCIAS Y ACCIONES DE PERSONAL

RH 05. 01

ESTABLECIMIENTO _____ SOLICITUD DE LICENCIAS O ACCIONES DE PERSONAL

FECHA DE ELABORACIÓN: _____	
NOMBRE SEGÚN DUI: _____ CARGO SEGÚN NOMBRAMIENTO: _____	PERÍODO DE LA LICENCIA: NUMERO DE DIAS: _____ DESDE: ____ / ____ / 201 ____ HASTA: ____ / ____ / 201 ____



MOTIVO:

ENFERMEDAD CON SUELDO		ENFERMEDAD GRAVISIMA DE PARIENTE O DUELO		MISIÓN OFICIAL	
ENFERMEDAD SIN SUELDO		MATERNIDAD		VACACIONES ANUALES	
PERSONAL SIN SUELDO		LACTANCIA MATERNA		COMPENSATORIO POR TRABAJO EXTRAORDINARIO (COMPENSATORIO)	
LICENCIA POR ESTUDIO					
OTROS: _____					

OBSERVACIONES Y/O ANEXOS:

F I R M A S

<p>Solicitante:</p> <p>FIRMA DEL EMPLEADO</p>	<p>Autoriza:</p> <p>NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL JEFE INMEDIATO _ SELLO</p>
<p>NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL JEFE SUPERIOR:</p> <p>SELLO</p>	<p>Es conforme:</p> <p>NOMBRE Y FIRMA DIRECTOR REGIONAL _____ SELLO</p> <p>+ En Caso de las Regiones de Salud</p>



INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO
SOLICITUD DE LICENCIAS O ACCIONES DE PERSONAL

Fecha de elaboración	Anotar fecha de la elaboración de la propuesta.
Nombre del empleado	Anotar el nombre del empleado según DUI.
Motivo	Marcar con una "X" el motivo de la licencia o anotar en OTROS, el tipo de acción solicitada.
Período de licencia o de la acción	Anotar el número de días y las de fechas desde y hasta cuando se solicita la licencia (en el caso de acción de personal anotar el tipo y su vigencia).
Lugar de trabajo	Anotar la dependencia donde labora el empleado.
Observaciones y/o anexos	Anexar a la Solicitud de Licencias o Acciones de Personal, los documentos probatorios del trámite a realizar.
Empleado	Anotar el nombre completo del empleado y su firma.
Profesión, Nombre, Cargo y Firma del Jefe Inmediato	Anotar la profesión, el nombre y cargo del Jefe inmediato del empleado y firma.
Profesión, Nombre, Cargo y Firma del Jefe Superior	Anotar la profesión, el nombre y cargo del Jefe Superior solicitante, firma y sello.
Profesión, Nombre y Firma del Director que Autoriza	Anotar la profesión, el nombre y Cargo del Director Regional o del Hospital correspondiente; firma y sello.

RH 05. 02

ESTABLECIMIENTO _____



Municipio ____ de ____ de 201__.

LICENCIA CON O SIN GOCE DE SUELDO POR _____

ACUERDO No. _____

A propuesta de la respectiva Dirección el Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud, y con fundamento en lo establecido en el o los Artículo(s) ____ de la Ley _____(CITAR LAS LEYES APLICABLES), este Ministerio **ACUERDA:** Conceder Licencia ____ goce de sueldo por motivo de _____ al, (los) siguiente(s) empleado(s) de la (HOSPITAL O REGION) _____.

Unidad Presupuestaria: _____

Línea de Trabajo: _____

Código Presupuestario: _____

NOMBRE: _____

CARGO: _____

AFP: _____

NUP: _____

Número de días y período de la licencia: _____

PART. SUBNo. CAT. SUELDO

Unidad Presupuestaria: _____

Línea de Trabajo: _____

Código Presupuestario: _____

NOMBRE: _____

CARGO: _____

AFP: _____

NUP: _____

Número de días y período de la licencia: _____

PART. SUBNo. CAT. SUELDO



Se autoriza a la Pagaduría Auxiliar de Remuneraciones de la Dirección Regional de Salud _____ o la Tesorería del Hospital _____ del Ministerio de Salud, para que se continúe pagando al (los) referido(s) empleado(s) el (los) sueldo(s) antes mencionados de la Ley de Salarios con cargo al Fondo General.

COMUNÍQUESE.-

DIOS UNIÓN LIBERTAD

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

DESPACHO MINISTERIAL / DIRECTOR DE ESTABLECIMIENTO

RH 05. 03

ESTABLECIMIENTO _____

Municipio , _____ de _____ de 201__

LICENCIA CON O SIN GOCE DE SUELDO POR _____

ACUERDO No. _____

A propuesta de la respectiva Dirección el Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud, y con fundamento en lo establecido en el o los Artículo(s) ____ de la Ley _____(CITAR LAS LEYES APLICABLES), este Ministerio **ACUERDA:** Conceder Licencia ____ goce de sueldo por motivo de _____al (los) siguiente(s) empleado(s) del (establecimiento) _____.

Unidad Presupuestaria: _____

Línea de Trabajo: _____

Código Presupuestario: _____

NOMBRE: _____



CARGO: _____
 AFP: _____
 NUP: _____

Número de días y período de la licencia: _____

PART. SUBNo. CAT. SUELDO

Unidad Presupuestaria: _____
 Línea de Trabajo: _____
 Código Presupuestario: _____

NOMBRE: _____
CARGO: _____
AFP: _____
NUP: _____

Número de días y período de la licencia: _____

PART. SUBNo. CAT. SUELDO

Se autoriza a la Pagaduría Auxiliar de Remuneraciones de la Dirección Regional de Salud _____ o la Tesorería del Hospital _____ del Ministerio de Salud, para que se continúe pagando al (los) referido(s) empleado(s) el (los) sueldo(s) antes mencionados de la Ley de Salarios con cargo al Fondo General.

COMUNÍQUESE.-

DIOS UNIÓN LIBERTAD

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

DESPACHO MINISTERIAL / DIRECTOR DE ESTABLECIMIENTO



(Rúbrica y sello)



ESTABLECIMIENTO _____

RH 05. 04

Municipio , _____ de _____ de 201__

RESOLUCIÓN N°. _____

A propuesta de la respectiva Jefatura y con fundamento en lo establecido en el o los Artículo(s) ____ de la Ley _____(CITAR LAS LEYES APLICABLES), esta Dirección , **RESUELVE:** Conceder Licencia ___ goce de sueldo por motivo de _____ al (los) siguiente(s) empleado(s) de los diferentes establecimientos de (Nombre del establecimiento)_____

Unidad Presupuestaria: _____
Línea de Trabajo: _____
Código Presupuestario: _____

NOMBRE: _____
CARGO: _____
AFP: _____
NUP: _____

Número de días y período de la licencia: _____

PART. SUBNo. CAT. SUELDO

Unidad Presupuestaria: _____
Línea de Trabajo: _____
Código Presupuestario: _____



NOMBRE: _____
CARGO: _____
AFP: _____
NUP: _____

Número de días y período de la licencia: _____

PART. SUBNo. CAT. SUELDO

Se autoriza a la Pagaduría Auxiliar de Remuneraciones de la Dirección Regional de Salud _____ o la Tesorería del Hospital _____ del Ministerio de Salud, para que se continúe pagando al (los) referido(s) empleado(s) el (los) sueldo(s) antes mencionados de la Ley de Salarios con cargo al Fondo General.

HÁGASE SABER,

DIOS UNIÓN LIBERTAD

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

DESPACHO MINISTERIAL / DIRECTOR DE ESTABLECIMIENTO

(Rúbrica y sello)

NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO

RH 05. 05



SOLICITUD DE LICENCIA POR MOTIVO DE ESTUDIOS

LUGAR Y FECHA

DIRIGIDO A JEFE INMEDIATO

Yo (NOMBRE DEL EMPLEADO, D.U.I.), con plaza de (PLAZA DEL EMPLEADO O FUNCIONARIO), de la Dependencia, (NOMBRE DE LA DEPENDENCIA DONDE LABORA), conforme a lo dispuesto en el Art. 85, numeral 2 de las Disposiciones Generales de Presupuesto, le solicito permiso para ausentarme de mis labores, los días _____, de las ____ a las ____ horas, para asistir a las clases de (NOMBRE DE LA MATERIA), (CARRERA, FACULTAD, UNIVERSIDAD), durante el (PERÍODO SOLICITADO).

No omito manifestarle, que me comprometo a presentar la Constancia de Notas que obtenga al finalizar el ciclo, de acuerdo a los Arts. 81 al 84 del Reglamento Interno de la Unidad y Departamento de Recursos Humanos del Ministerio de Salud; así como, a notificarle en caso de retirar la materia u otros cambios, para los efectos legales correspondientes. Caso contrario autorizo se proceda conforme a ley por inasistencia injustificada.

Anexo a la presente solicitud, Constancia de Matrícula e Inscripción de materias original, horarios y constancia de estudiante activo del último ciclo de estudios realizados.

NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO

**VISTO BUENO
NOMBRE CARGO Y FIRMA
JEFE INMEDIATO**

(Rúbrica y sello)

RH 05. 06

Formato de Solicitud de Licencias no Formales (Talonario)



MINISTERIO DE SALUD ESTABLECIMIENTO: _____	MINISTERIO DE SALUD ESTABLECIMIENTO: _____
Solicitud de Licencia no formal	Solicitud de Licencia no formal
Lugar y Fecha _____ Código/Tarjeta de marcación: _____ Unidad Organizativa: _____ Nombre: _____	Lugar y Fecha _____ Código/Tarjeta de marcación: _____ Unidad Organizativa: _____ Nombre: _____
Tiene licencia para ausentarse de sus labores : Con sueldo _____ sin sueldo _____ Fecha y hora inicio: _____ Fecha y hora final: _____ Tiempo de la Licencia: _____ (Horas) _____ (Días) Por motivo:	Tiene licencia para ausentarse de sus labores : Con sueldo _____ sin sueldo _____ Fecha y hora inicio: _____ Fecha y hora final: _____ Tiempo de la Licencia: _____ (Horas) _____ (Días) Por motivo:
Personal __ Enfermedad __ Enfermedad gravísima de Pariente __ Duelo __ Misión Oficial __	Personal __ Enfermedad __ Enfermedad gravísima de Pariente __ Duelo __ Misión Oficial __
Por trabajo extraordinario (compensatorio) _____ (Tiempo laborado con anterioridad y autorizado por la Jefatura respectiva)	Por trabajo extraordinario (compensatorio) _____ (Tiempo laborado con anterioridad y autorizado por la Jefatura respectiva)
_____ Nombre y firma del empleado.	_____ Nombre y firma del empleado.
_____ Nombre, firma y sello del Jefe que Autoriza	_____ Nombre, firma y sello del Jefe que Autoriza
NOTA: Este formulario sólo aplica para permisos de hasta CINCO (5) días. En caso de Misiones oficiales adjuntar designación. En caso de incapacidades mayores a 3 días, se deberá adjuntar la constancia médica emitida por el ISSS.	NOTA: Este formulario sólo aplica para permisos de hasta CINCO (5) días. En caso de Misiones oficiales adjuntar designación. En caso de incapacidades mayores a 3 días, se deberá adjuntar la constancia médica emitida por el ISSS.



INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO

SOLICITUD DE LICENCIAS NO FORMALES

Lugar y fecha	Escribir el lugar y fecha de elaboración de la solicitud.
Código/Tarjeta de marcación	Escribir el código asignado al empleado, para el control de asistencia.
Unidad Organizativa	Escribir el nombre de la Unidad Organizativa a la que pertenece el empleado.
Nombre	Escribir nombre según DUI.
Fecha y hora inicio Solamente se debe llenar cuando el permiso es para presentarse tarde a sus labores.	Escribir la fecha y hora de inicio de la Licencia.
Fecha y hora final	Escribir la fecha y hora final de la Licencia.
Tiempo de la Licencia	Escribir el número de minutos, horas o días de la licencia.
Motivo	Marcar una X en el motivo de su ausencia (Marcar solamente uno)
Nombre y firma del empleado	Escribir nombre y firma del empleado solicitante.
Nombre, firma y sello del Jefe que Autoriza	Escribir nombre, firma y sello del Jefe inmediato que autoriza.

6. SERVICIO SOCIAL DE LAS CARRERAS DE LA SALUD



Modelo de memorando de presentación para inicio de Servicio Social

MEMORANDUM

No. _____

PARA: Doctor
Nombre del Director del Establecimiento, Hospital o Jefe Departamento Hospital Especializado

DE: Profesión, nombre, firma y sello
Director Regional de Salud u Hospital Especializado

FECHA: ___ de _____ de 20__.

Por este medio comunico a usted, que se ha autorizado a **NOMBRE DEL ESTUDIANTE**, para que realice su servicio social como Estudiante de la Carrera de **NOMBRE DE LA CARRERA**, a partir del (colocar periodo de servicio social), en la **NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO U HOSPITAL NACIONAL** de esta Región de Salud; en plaza remunerada o en con carácter Ad-Honorem, quien es egresado(a) de: **NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN FORMADORA**.

DIOS UNIÓN LIBERTAD

___ Inicial de quien elabora.

Modelo de Oficio para tramitar número de junta de vigilancia, por inicio de Servicio Social



Oficio No. _____
Lugar, __ de _____ de 20__.

Señores
Junta de Vigilancia de la Profesión NOMBRE DE DISCIPLINA Presente

Por este medio comunico a usted, que se ha autorizado a **NOMBRE DEL ESTUDIANTE**, para que realice su servicio social como Estudiante de la Carrera de **NOMBRE DE LA CARRERA**, a partir del __ de ____ de ____, en la **NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO U HOSPITAL NACIONAL** de esta Región de Salud; en plaza remunerada Part. __ Sub N° __ o con carácter Ad-Honorem, quien es egresado(a) de: **NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN FORMADORA**.

Lo que hago de su conocimiento para efectos de asignación del número de junta de vigilancia provisional.

Sin más sobre el particular, me suscribo cordialmente.

Profesión, nombre, firma y sello
Director Regional de Salud _____

___Inicial de quien elabora

San Salvador, __ de _____ de __.

RH 06.03



INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO

SIBASI	Escribir el nombre de la Región
ESTABLECIMIENTO	Escribir el nombre del establecimiento u Hospital
PART.	Escribir la partida de la plaza, en la cual se encuentra nombrado el empleado. Si es plaza remunerada.
SUB. No.	Escribir el sub número de la plaza según la partida correspondiente, en la cual el empleado está nombrado. Si es plaza remunerada
NOMBRE COMPLETO	Anotar el nombre del estudiante en Servicio Social. .
CARRERA	Escribir el nombre de la carrera estudiada.
INSTITUCION FORMADORA	Escribir el nombre de la Universidad
INICIO	Anotar el día, mes y año del inicio del Servicio Social
FINALIZACION	Anotar el día, mes y año de la finalización del Servicio Social
OBSERVACION	Escribir algún apartado no considerado en el formulario

Modelo de Informe de Finalización del Servicio Social



PARA: Dr (a).
Director (a) Región de Salud,

DE: Director de Unidad de Salud ó Director de Hospital.

FECHA

Por medio de la presente le informo que: **NOMBRE DEL EGRESADO(A)**, egresado(a) de la carrera de **NOMBRE DE LA CARRERA** de la **NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD O INSTITUCIÓN FORMADORA**, realizó su servicio social en esta **NOMBRE DE LA UNIDAD DE SALUD U HOSPITAL NACIONAL**, en el periodo comprendido del _____ al _____ de _____, finalizándolo de manera satisfactoria.

Lo que hago de su conocimiento para los efectos correspondientes.

Atentamente,

Modelo de Resolución de Finalización de Servicio Social

RH 06.06

RESOLUCIÓN No. ____

NOMBRE DE LA REGIÓN DE SALUD U HOSPITAL ESPECIALIZADO, a los __ días del mes de ____ del año dos mil _____. Con fundamento en el art. 20 de la Ley del



Sistema Básico de Salud Integral y de conformidad con el Informe de Finalización de Servicio Social, emitido por el **NOMBRE DEL DIRECTOR** en su calidad de **CARGO**, **NOMBRE DE LA DEPENDENCIA**. Esta Dirección **RESUELVE**: Dar por finalizado el servicio social realizado por **NOMBRE DEL ESTUDIANTE** de la carrera de **NOMBRE DE LA CARRERA**, de la **NOMBRE DE LA INSTITUCION**

FORMADORA, en el periodo comprendido del ___ de _____ de 201__ al ___ de _____ de 201__ realizándolo en **NOMBRE DE LA DEPENDENCIA**.

HÁGASE SABER.

DIOS UNIÓN LIBERTAD

Profesión, nombre, firma y sello

Director Regional de Salud u Hospital Especializado

____. (Inicial de quien elabora)

Modelo de Constancia de Finalización de Servicio Social

RH 06.07

CONSTANCIA DE FINALIZACION DEL SERVICIO SOCIAL

NOMBRE DE LA REGIÓN DE SALUD, Con fundamento en el art. 20 de la Ley del Sistema Básico de Salud Integral, y de conformidad con la Resolución No. ____ de fecha _____. HACE CONSTAR QUE: El (a) Bachiller **NOMBRE DEL ESTUDIANTE**, egresado de la carrera de **NOMBRE DE LA CARRERA**, de la **NOMBRE DE LA INSTITUCION FORMADORA**, realizó su servicio social en



carácter (ad-honorem ó remunerado) en el periodo comprendido del ___ de ___ de ___ al ___ de ___ de ___, en: **NOMBRE DE LA DEPENDENCIA DONDE REALIZÓ SU SERVICIO SOCIAL.**

Por lo que se extiende la presente LUGAR Y FECHA, para los efectos que estime pertinentes

Profesión, nombre, firma y sello
Director Regional de Salud u Hospital Especializado

____. (Inicial de quien elabora)

7. ELABORACIÓN DE REFRENDA DE NOMBRAMIENTO Y RENOVACIÓN DE CONTRATO DE PERSONAL.

RH 07.01

San Salvador, ___ de enero del 201__.

ASUNTO: Reorganizase el Personal del_____



HOY SE EXPIDIÓ EL ACUERDO QUE DICE:

No. ____, San Salvador, __ de enero del 201__ . Con fundamento en el Decreto Legislativo No. ____ de fecha __ de diciembre del año recién pasado, publicado en el Diario Oficial No. ____, tomo No. ____, el Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud, **ACUERDA:** Reorganizar el personal del _____, de la siguiente forma:

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO

REFRENDA DE PUESTOS							
LEY DE SALARIOS U.P. _____		U.P. _____			DENOMINACIÓN DE LA		
Part.	Subn.	Cargo		Sueldo a pagar	Categoría	Sueldo Mínimo	Sueldo Máximo
Código		Nombre	No. NIT			INPEP/NUP	



Se autoriza a la Tesorería o Pagaduría Auxiliar de Remuneraciones de _____, para que pague los sueldos que fijan las Partidas y Subnúmeros citados al margen de las Unidades Presupuestarias y Líneas de Trabajo antes indicadas de la Ley de Salarios con cargo a las asignaciones vigentes del Presupuesto 201_ (Fondo General), aplicándose a los Códigos que también se mencionan y que pertenecen al Presupuesto General vigente. Los sueldos correspondientes quedan asignados en primera categoría, desde el 1º. de enero del presente año, a excepción de los que se les especifica diferente categoría.

DIOS UNIÓN LIBERTAD

NOMBRE, FIRMA Y SELLO

DIRECTOR O TITULAR DEL RAMO



RH 08.01

8. ELABORACIÓN DE PRESUPUESTO DE RECURSOS HUMANOS

DETALLE DE PLAZAS A SER TRASLADADAS A OTROS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

AÑO 201__

ESTABLECIMIENTO: _____

No.	Establecimiento donde se traslada la Plaza.	Titulo de la Plaza	UP/LT	Pda.	Subno.	Sueldo Base \$	Sueldo Individual	Reclasificado a

Elaborado por:

Autorizado:

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

Elaborado por:

Nombre, firma y sello
Jefe Departamento de Recursos Humanos

Autorizado:

Nombre, firma y sello
Director del Establecimiento



INSTRUCCIONES PARA LLENAR LOS FORMULARIOS

DETALLE DE PLAZAS A SER TRASLADADAS O RECIBIDAS DE OTROS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Establecimiento	Anotar el nombre del Establecimiento de Salud, según corresponda.
No.	Escribir número correlativo.
Establecimiento donde se traslada y/o Recibe la Plaza.	Escribir el nombre del establecimiento donde se va a trasladar y/o recibir la plaza.
Título de la Plaza	Escribir el nombre de la plaza que va a trasladar y/o recibir según Ley de Salarios o Contratos.
Unidad Presupuestaria y Línea de Trabajo	Anotar el código de la Unidad Presupuestaria y Línea de Trabajo a la cual pertenece la plaza que va a trasladar y/o recibir.
Partida	Escribir la partida de la plaza, que va trasladar.
Subnúmero	Escribir el Subnúmero de la plaza que va a trasladar.
Sueldo Básico	Anotar el sueldo mensual vigente de la plaza que va a trasladar y/o recibir.
Sueldo Individual	Anotar el sueldo que devenga el recurso en la plaza que va a trasladar y/o recibir.
Reclasificado a	Anotar según Ley de Salarios y/o contratos el título de la plaza acorde a las tareas que realizará el personal.

a



RH 08.03

**DETALLE DE PERSONAL MÉDICO Y PARAMÉDICO
DESEMPEÑANDO FUNCIONES DIFERENTES A SU NOMBRAMIENTO QUE REUNE LOS REQUISITOS Y PUEDE
RECLASIFICARSE EL NOMBRE DE LA PLAZA Y MODIFICACION DE SUELDO.
AÑO 201__**

ESTABLECIMIENTO: _____

No.	Nombre del Empleado	Situación Actual					Cargo Funcional según Ley de Salarios		Ajuste*12 Meses	Nivel Académico del Empleado según atestados
		UP-LT	Part.	Nombre de la Plaza	Sueldo Básico	Sueldo Indiv.	Nombre de la Plaza	Sueldo Básico		

Elaborado por:
Nombre, firma y sello
Jefe Departamento de Recursos Humanos

Autorizado:
Nombre, firma y sello
Director del Establecimiento



RH 08.04

PERSONAL ADMINISTRATIVO DESEMPEÑANDO FUNCIONES DIFERENTES A SU NOMBRAMIENTO QUE REUNEN LOS REQUISITOS Y PUEDE RECLASIFICARSE EL NOMBRE DE LA PLAZA Y MODIFICACION DE SUELDO. AÑO 201__

ESTABLECIMIENTO: _____

No.	Nombre del Empleado	Situación Actual					Cargo Funcional según Ley de Salarios		Ajuste*12 Meses	Nivel Académico del Empleado según atestados
		UP-LT	Part.	Nombre de la Plaza	Sueldo Básico	Sueldo Indiv.	Nombre de la Plaza	Sueldo Básico		

Elaborado por:
Nombre, firma y sello
Jefe Departamento de Recursos Humanos

Autorizado:
Nombre, firma y sello
Director del Establecimiento

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LOS FORMULARIOS

**DETALLE DE PERSONAL MÉDICO Y PARAMÉDICO Y PERSONAL ADMINISTRATIVO
DESEMPEÑANDO FUNCIONES DIFERENTES A SU NOMBRAMIENTO QUE REUNE
LOS REQUISITOS Y PUEDE RECLASIFICARSE EL NOMBRE DE LA PLAZA Y
MODIFICACION DE SUELDO.**

ESTABLECIMIENTO	Nombre del establecimiento de Salud, según corresponda.
No.	Escribir número correlativo.
Nombre del Empleado	Escribir el nombre del empleado que se está proponiendo para ser reclasificada su plaza.
Unidad Presupuestaria y Línea de Trabajo	Anotar el código de la Unidad Presupuestaria y Línea de Trabajo a la cual pertenece la plaza que va a ser reclasificada. (Situación Actual).
Partida	Escribir la partida de la plaza, que va a ser reclasificada. (Situación Actual).
Nombre de la Plaza	Escribir el nombre de la plaza que va a ser reclasificada y con modificación de sueldo. (Situación Actual).
Sueldo Básico	Anotar el sueldo mensual vigente de la plaza que va a ser reclasificada y con modificación de sueldo. (Situación Actual).
Sueldo Individual	Anotar el sueldo que devenga el recurso en la plaza que va a ser reclasificada y con modificación de sueldo. (Situación Actual).
Nombre de la Plaza	Escribir el nombre de la plaza ya reclasificada y modificado el Sueldo. (Situación Propuesta).
Sueldo Básico	Anotar el sueldo mensual vigente de la plaza, ya reclasificada y modificado el sueldo. (Situación Propuesta).
Ajuste*12 Meses	Anotar el ajuste de sueldo anual que experimentaría la plaza que ha sido reclasificada y modificado el sueldo.



Nivel Académico del Empleado según atestados	Escribir el Nivel Académico que posee el empleado con sus atestados.
---	--



DETALLE PERSONAL DESEMPEÑANDO FUNCIONES DIFERENTES A SU NOMBRAMIENTO QUE PUEDE RECLASIFICARSE EL NOMBRE DE LA PLAZA, SIN MODIFICAR SUELDO.

RH 08.05

AÑO 201_

ESTABLECIMIENTO: _____

No.	Nombre del Empleado	Título de la Plaza según nombramiento	UP/ LT	Pda.	Subno.	Sueldo Base \$	Sueldo Individual	Sueldo Max. Con Escalafón	Nivel Académico del Empleado según atestados	Título de plaza según funciones	Reclasificada a: (Plaza según Ley de Salarios)

Elaborado por:
Nombre, firma y sello
Director del Establecimiento

Nombre, firma y sello

Autorizado:
Jefe Departamento de Recursos Humanos



INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO

PERSONAL DESEMPEÑANDO FUNCIONES DIFERENTES A SU NOMBRAMIENTO QUE PUEDE RECLASIFICARSE EL NOMBRE DE LA PLAZA SIN MODIFICAR SUELDO

Establecimiento	Nombre del establecimiento de Salud, según corresponda.
No.	Escribir número correlativo.
Nombre del Empleado	Escribir el nombre del empleado que se está proponiendo para ser reclasificada su plaza sin incremento de sueldo.
Nombre de la Plaza	Escribir el nombre de la plaza que va a ser reclasificada sin incremento de sueldo.
Unidad Presupuestaria y Línea de Trabajo	Anotar el código de la Unidad Presupuestaria y Línea de Trabajo a la cual pertenece la plaza que va a ser reclasificada sin incremento de sueldo.
Partida	Escribir la partida de la plaza, que va a ser reclasificada sin incremento de sueldo.
Subnúmero	Escribir el Subnúmero de la plaza que va a ser reclasificada sin incremento de sueldo.
Sueldo Básico	Anotar el sueldo mensual vigente de la plaza que va a ser reclasificada sin incremento salarial.
Sueldo Individual	Anotar el sueldo que devenga el recurso en la plaza que va a ser reclasificada sin incremento de sueldo.
Sueldo Max. Con Escalafón	Anotar el sueldo máximo con escalafón vigente de la plaza que va a ser reclasificada sin incremento salarial.
Nivel Académico del Empleado según atestados	Escribir el Nivel Académico que posee el empleado con sus atestados.
Nombre de la Plaza según funciones	Anotar según Ley de Salarios y/o contratos el título de la plaza acorde a las tareas que realizará el personal.
Reclasificada a: (Plaza según Ley de Salarios)	Escribir el nombre de la plaza ya reclasificada sin incremento de sueldo.



**DETALLE PERSONAL PAGADO POR OTROS FONDOS
AÑO 201_**

RH 08.06

ESTABLECIMIENTO _____

No.	Nombre del Empleado	Nivel Académico del Empleado según atestados	Título de plaza según funciones	Fecha de Ingreso	Sueldo	Número de Horas Laborales	Tipo de Financiamiento

Elaborado por:
Nombre, firma y sello
Jefe Departamento de Recursos Humanos

Autorizado:
Nombre, firma y sello
Director del Establecimiento



RH 08.07

MEMORANDUM

No. _____

PARA: Nombre
Jefe de Unidad de Administración de Recursos Humanos

DE: Nombre, firma y sello
Director del Establecimiento

FECHA: ____ de ____ 200__

En atención a su memorando Número _____ de fecha _____, referente a la Formulación del Anteproyecto de Presupuesto 201_, se le adjunta a la presente la información solicitada, en forma impresa y magnética, según el siguiente listado:

1. Detalle de plazas a ser trasladadas a otros establecimientos de salud.
2. Detalle de plazas a ser recibidas de otros establecimientos de salud.
3. Detalle de personal médico y paramédico desempeñando funciones diferentes a su nombramiento que reúne los requisitos y puede reclasificarse el nombre de la plaza y modificación de sueldo.
4. Detalle de Personal administrativo desempeñando funciones diferentes a su nombramiento que reúnen los requisitos y puede reclasificarse el nombre de la plaza y modificación de sueldo.
5. Detalle de Personal desempeñando funciones diferentes a su nombramiento que puede reclasificarse el nombre de la plaza, sin modificar sueldo.
6. Detalle de Personal pagado por otros fondos.

Atentamente,

DIOS, UNIÓN LIBERTAD

RH 09.01



9. EMISIÓN DE PLANILLAS

(LPLANILLA) Normal Mensual Corte: 0
 Correlativo: 1
PLANILLA DE PAGO DE REMUNERACIONES

PLANILLA: 'RIIS0112' CONTRATO
 120102SE CORRESPONDIENTE AL MES DE ENERO 2012 ** A CARGO DEL PAGADURIA RAMO DE SALUD

UNIDAD PRIMARIA: MINISTERIO DE SALUD UNIDAD SECUNDARIA: SECRETARIA DE ESTADO
 ORD1

CIFRAS DEL PRESUPUESTO: 2012-3200-3-02-16-21-1-51201 DENOMINACIÓN: Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud

NUMERO DE REGISTRO	NOMBRE DEL EMPLEADO SEGUN NOMBRAMIENTO	UP-LT	CONT	PART	SUB NUM	CATEG SUELDO	IMPORTE DEVENGADO	TOTAL DESCUENTO	IMPORTE LIQUIDO
06140209721374	Colaborador Técnico Médico	02-16	CO	116	3	1	\$ 1,017.61	343.81	673.80
Cuenta # 3060172621 FIRMA _____ Depósito en: BANCO AGRICOLA									
HABERES	H01	SUELDO BASICO					\$ 1,017.61		
DESCUENTOS	L03	ISSS-COTIZACION (3.00%)					\$ 20.57		
	L18	AFP CONFIA COTIZACION (6.25%) [Ref: Nup 265427260004]					\$ 63.60		
	C50	COMEDICA DE R.L. PRES.PERS. [Ref: 0008-16395-1000-24]					\$ 192.00		
	L11	IMPUESTO SOBRE LA RENTA					\$ 67.64		
06141507691182	Colaborador Administrativo	02-16	CO	119	6	1	\$ 1,524.33	560.76	963.57
Cuenta # 1030229963 FIRMA _____ Depósito en: BANCO AGRICOLA									
HABERES	H01	SUELDO BASICO					\$ 1,524.33		
DESCUENTOS	L03	ISSS-COTIZACION (3.00%)					\$ 20.57		
	L18	AFP CONFIA COTIZACION (6.25%) [Ref: Nup 253977170017]					\$ 95.27		
	B23	HSBC SALVADOREÑO, S.A. (PRÉST.PERS.) [Ref: 016750561266]					\$ 282.27		
	L11	IMPUESTO SOBRE LA RENTA					\$ 162.65		
06142502771125	Colaborador Administrativo	02-16	CO	119	7	1	\$ 1,365.00	238.66	1,126.34
Cuenta # 3100376824 FIRMA _____ Depósito en: BANCO AGRICOLA									
HABERES	H01	SUELDO BASICO					\$ 1,365.00		
DESCUENTOS	L03	ISSS-COTIZACION (3.00%)					\$ 20.57		
	L18	AFP CONFIA COTIZACION (6.25%) [Ref: Nup 281482230008]					\$ 85.31		
	L11	IMPUESTO SOBRE LA RENTA					\$ 132.78		
06180812831011	Colaborador Administrativo	02-16	CON	119	8	1	\$ 781.81	114.85	666.96
Cuenta # 3690628705 FIRMA _____ Depósito en: BANCO AGRICOLA									
HABERES	H01	SUELDO BASICO					\$ 781.81		
DESCUENTOS	L03	ISSS-COTIZACION (3.00%)					\$ 20.57		
	L28	AFP CRECER COTIZACION (6.25%) [Ref: Nup 306561690000]					\$ 48.86		
	V18	AGEPYM CUOTA SOCIAL					\$ 2.00		
	V39	AGEPYM PLAN MEDICO					\$ 1.71		
	L11	IMPUESTO SOBRE LA RENTA					\$ 41.71		

Página: 1 (LPLANILLA) Fecha: 13/02/2012 Hora: 12:24:55



Ministerio de Salud (Secretaría de Estado)

PLANILLA DE PAGO DE REMUNERACIONES

RIIS0112
PLANILLA: 120102SE

CORRESPONDIENTE AL MES DE ENERO 2012 ** A CARGO DEL PAGADURIA RAMO DE SALUD

UNIDAD PRIMARIA : MINISTERIO DE SALUD

UNIDAD SECUNDARIA : SECRETARIA DE ESTADO

RESUMEN DE PLANILLA

TIPO DE FINANCIAMIENTO :		CONTRATO	
CIFRAS DEL PRESUPUESTO:	2012-3200-3-02-16-21-1	DENOMINACION:	Redes Integrales e Integradas de Servicios de Sali
(+) Haberes: HABER SUJETO A RETENCIONES			
00000000000002	H01 - 51201	SUELDO BASICO	\$6,095.15
SubTotal de Haberes			\$6,095.15
(-) Descuentos: RETENCION DE LEY			
06140312530021	L03 - 51201	ISSS-COTIZACION (3.00%)	\$121.59
00000000000003	L05 - 51201	DESCUENTO POR LLEGADAS TARDIAS	\$0.15
06140108140066	L11 - 51201	IMPUESTO SOBRE LA RENTA	\$473.77
06140403981050	L18 - 51201	AFP CONFIA COTIZACION (6.25%)	\$332.08
06140403981026	L28 - 51201	AFP CRECER COTIZACION (6.25%)	\$48.86
SubTotal de Descuentos			\$976.45
(-) Descuentos: OTRAS DEDUCCIONES			
06142511720014	B05 - 51201	SCOTIABANK EL SALVADOR S.A.(PERS)	\$135.00
06141709940015	B23 - 51201	HSBC SALVADOREÑO, S.A. (PRÉST.PERS.)	\$282.27
06142810700049	C50 - 51201	COMEDICA DE R.L. PRES.PERS.	\$192.00
06142903850011	V15 - 51201	SEGUROS DEL PACIFICO (SEGURO DE VIDA)	\$4.50
06140110660010	V18 - 51201	AGEPYM CUOTA SOCIAL	\$2.00
06141003780029	V27 - 51201	COASPAE DE R.L. (PREST.PERS.)	\$117.39
06140110660010	V39 - 51201	AGEPYM PLAN MEDICO	\$1.71
SubTotal de Descuentos			\$734.87
Total de Descuentos			-1,711.32
**** Más Aportaciones del Estado a favor del ISSS, INPEP y AFP's			
06140403981050	COF - 51502	AFP CONFIA APORTACIÓN (6.75%)	\$358.65
06140403981026	CRE - 51502	AFP CRECER APORTACIÓN (6.75%)	\$52.77
06140312530021	ISSS - 51402	APORTACION ISSS (7.50%)	\$303.99
Total de Aportaciones			\$715.41



LISTADO SEGUN CONCEPTOS

Fecha: 13/02/2012

Pág: 1

MINISTERIO DE SALUD
 SECRETARIA DE ESTADO

CERRADA

PERIODO ENERO 2012

Concepto	Tipo de liquidación	No de Liquidación 120102SE
ISSS-COTIZACION (3.00%) Código L03	Normal Mensual Código 1	PLANILLA NORMAL RIIS ENERO 2012 Código RIIS0112

NUMERO DE REGISTRO	APELLIDOS Y NOMBRES	IMPORTE	NUMERO DE REFERENCIA	DEVENGADO
NR 06142502771125		20.57		1,365.00
NR 06140209721374		20.57		1,017.61
NR 06180812831011		20.57		781.81
NR 06141507691182		20.57		1,524.33
NR 12091005701016		18.74		624.59
NR 06142308851185		20.57		781.81

TOTAL CONCEPTO DE PLANILLA (6.00 PERSONAS) *	121.59	6,095.15
--	--------	----------

Fecha	Fecha	Recibido por:	Fecha

RH 09.05



PLANILLA DE PAGO DE REMUNERACIONES

Página: 1

Ministerio de Salud (Secretaría de Estado)

PLANILLA: 120102SE-ORD1

Financiamiento : ORD1

Fecha: 19/01/2012

RESUMEN DE PLANILLA POR ACREEDOR Y ESTRUCTURA PRESUPUESTARIA

Previsión	Nit	Descripción de Acreedor	Clas. Pres.	Uni-Lin	Centro Resp.	Item	Tipo. Ret.	Valor	Total
***** 2		SUELDO LIQUIDO	51201	0216		1		4,383.83	4,383.83
06140108140066		DIRECCION GENERAL DE TESORERIA	51201	0216		1	1	473.77	473.77
06140110660010		AGEPYM	51201	0216		1		3.71	3.71
06140312530021		INSTITUTO SALVADORENO DEL SEGURO SOCIAL	51201	0216		1		121.59	425.58
			51402	0216		2		303.99	
06140403981026		AFP CRECER, S.A.	51201	0216		1		48.86	101.63
			51502	0216		2		52.77	
06140403981050		ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES CONFIA, S.A.	51201	0216		1		332.08	690.73
			51502	0216		2		358.65	
06141003780029		Asociación Cooperativa de Ahorro y Crédito de Profesionales en Administración	51201	0216		1		117.39	117.39
06141709940015		BANCO HSBC SALVADORENO,S.A.	51201	0216		1		282.27	282.27
06142511720014		SCOTIABANK EL SALVADOR, S.A.	51201	0216		1		135.00	135.00
06142810700049		C.O.M.E.D.I.C.A., DE R.L.	51201	0216		1		192.00	192.00
06142903850011		SEGUROS DEL PACIFICO,S.A.	51201	0216		1		4.50	4.50
Totales de la Previsión								6,810.41	6,810.41
Total General								6,810.41	6,810.41

JEFE DE RECURSOS HUMANOS

PAGADOR AUXILIAR



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
 PLANILLA MENSUAL DE COTIZACIONES REGIMEN ESPECIAL DE SALUD (EMPLEADOS PUBLICOS)

PAGINA : 1

NOMBRE DEL PATRONO: MINISTERIO DE SALUD (SECRETARÍA DE ESTADO)	NUMERO PATRONAL: 601890144	PLANILLA : 25
DIRECCION : CALLE ARCE N° 827, SAN SALVADOR	TELEFONO : 22057130, 22057250	
UNIDAD PRIMARIA : MINISTERIO DE SALUD	UNIDAD SECUNDARIA : SECRETARIA DE ESTADO	
DEPARTAMENTO GEOGRAFICO : SAN SALVADOR	MUNICIPIO : SAN SALVADOR	
FECHA DE ELABORACION DE PLANILLA : 13 DE FEBRERO DE 2012	MES Y AÑO DE COTIZACION : ENERO 2012	

NUM. CORR.	NUMERO DE AFILIACION	T D	DOCUMENTO IDENTIDAD	NOMBRE DEL EMPLEADO	SALARIO DEVENG.	HORAS	DIAS REMU ³	OBS.
1	274531594	2	00420240-0		832.36	08	31	00
2	590610480	2	00804555-9		1,736.44	08	31	00
3	081540278	2	02192845-9		2,426.76	08	31	00
4	589550261	2	00429466-9		2,215.62	08	31	00
5	689560618	2	01428980-2		2,313.87	08	31	00
6	878603301	2	00556666-1		708.06	08	31	00
7	386630316	2	02388088-5		2,037.16	08	31	00
8	994723886	2	00710931-8		555.66	08	31	00
9	889610602	2	00469238-8		1,860.42	08	31	00
10	289590916	2	02257316-8		759.89	08	31	00
11	582600577	2	01731237-9		2,360.89	08	31	00
12	103741629	2	01430980-6		558.12	08	31	00
13	101751720	2	00642552-5		2,694.38	08	31	00
14	389650339	2	01531976-5		1,855.99	08	31	00
15	972551529	2	02486786-4		2,119.93	08	31	00
16	094755754	2	01229494-0		1,017.68	08	31	00
17	992703144	2	02389226-4		624.59	08	31	00
18	196691535	2	02153098-9		3,396.66	08	31	00
TOTAL POR PAGINA					30,074.48			
TOTAL ACUMULADO.....					30,074.48			



ESTABLECIMIENTO: _____

DISTRIBUCION DE PLAZAS VIGENTES

Fecha de elaboración: _____

Responsable de Elaboración: _____

UP - LT	LEY DE SALARIOS	CONTRATO GOES	OTRAS FORMAS DE CONTRATACION	TOTAL
02-01				
02-01				
02-02				
SUBTOTALES				
TOTAL GENERAL				

NOMBRE Y FIRMA DE JEFE DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

* Este informe será utilizado cuando sea requerido.



ESTABLECIMIENTO _____

RH 10.03

INFORME DE DATOS FALTANTES

Fecha de elaboración: _____

Elaborado por: _____

NOMBRE EMPLEADO	DETALLE DE INFORMACIÓN FALTANTE	DEPENDENCIA	OBSERVACIONES

* Este informe será utilizado cuando sea requerido.

RH 10.04



Modelo de memorándum para solicitar información faltante de los empleados.

MEMORANDUM

No. _____

PARA: Jefaturas Inmediatas

DE: Profesión y nombre
Director del Establecimiento _____.

FECHA: ___ de _____ de 20__

Por medio de la presente solicito su colaboración para remitir la información faltante del personal que se detalla en el anexo, a más tardar el día _____.

La información en referencia servirá para mantener actualizado el Sistema de Información de Recursos Humanos (SIRHI), de este Establecimiento.

Sin otro particular,

Atentamente,

11. ACTUALIZACION Y APERTURA DE EXPEDIENTE, TARJETA DE REGISTRO LABORAL



RH 11.01

ESTABLECIMIENTO _____

FOTO

TARJETA DE REGISTRO LABORAL

NOMBRE: _____

NOMBRAMIENTO Y CESE		UNIDAD PRESUPUESTARIA	NOMBRE DE LA PLAZA	PARTIDA Y SUBNÚMERO	SUELDO MENSUAL	DETALLE DEL MOVIMIENTO	PERÍODO	LICENCIAS O ACCIONES DE PERSONAL		
ACUERDO O RESOLUCIÓN		LÍNEA DE TRABAJO						ACUERDO O RESOLUCIÓN		
NO.	FECHA							MOTIVO	NO.	FECHA

ABREVIATURAS UTILIZADAS PARA LOS MOTIVOS

Enfermedad	Enf.	Misión Oficial	M/O	Suspensión disciplinaria	S/D
Maternidad	Mat.	Con Goce Sueldo	C/S	Motivo Personal	M/P



Duelo	Do.	Sin Sueldo	S/S	Enfermedad Pariente	E/P
Modificación Nombre	M/N	Vacaciones	Vac.	Prórroga Licencia	P/L
Organismo Internacional	O/I	Cargo Público	C/P	Rectificación Acuerdo	R/A
Cargo en Organismo Electoral	COE	Becas	Bec.	Delegación deportiva, cultural o científicas	DD, DCul, DCien.



ESTABLECIMIENTO _____

LISTADO DE PERSONAL PASIVO

No. N.I.T.	APELLIDOS	APELLIDOS DE CASADA	NOMBRE	CONOCIDO POR	FECHA DE CESE	DEPENDENCIA EN DONDE CESÓ
TOTAL EMPLEADOS CESADOS						



RH 11.03

ESTABLECIMIENTO _____

LISTADO DE PERSONAL ACTIVO

No.	APELLIDOS	NOMBRES	UNIDAD ORGANIZATIVA



ESTABLECIMIENTO _____

RH 11.04

HOJA DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

- **DATOS DEL EMPLEADO O FUNCIONARIO**

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO DE CASADA

NOMBRES:
 CONOCIDO POR:
 CORREO ELECTRONICO:

1.

DIRECCIÓN COMPLETA:

TELÉFONO: _____ ESTADO _____ CIVIL: _____
 CELULAR: _____

No. JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESION MÉDICA (SI APLICA) _____ E-MAIL _____
 FECHA DE VENCIMIENTO: _____

2.- **GRUPO FAMILIAR (QUE NO HAYA DECLARADO ANTERIORMENTE)**

PARENTESCO	APELLIDOS	NOMBRES	FECHA NACIMIENTO



3.- EDUCACIÓN (Llenar sólo si existen cambios en los últimos que declaro) BACHILLERATO Año de finalización: _____ Opción: _____

CARRERA CORTA Diploma Obtenido: _____ Y/O

DIPLOMADO

Centro Educativo: _____ Duración: _____ Año de Finalización: _____

UNIVERSITARIOS Carrera: _____

Universidad: _____

Año de finalización: _____ Sí no ha finalizado: % de avance _____

MAESTRIAS Y DOCTORADO

Nombre de la Especialidad: _____

POST-GRADOS,

Centro Educativo: _____

Año: _____ País: _____

Nombre de la Especialidad: _____

Centro Educativo: _____

Año: _____ País: _____

OTROS CURSOS

(MAS DE 20 HORAS) Nombre del Curso: _____

Lugar donde lo recibió: _____

Duración: _____ Fecha: _____ País: _____

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:

TELÉFONO: _____ DIRECCIÓN: _____

NOTA ANTES DE FIRMAR EL DOCUMENTO LÉALO CUIDADOSAMENTE

LUGAR Y FECHA: _____ FIRMA: _____



RH 11.05

ESTABLECIMIENTO _____
HOJA DE CONTROL DE DOCUMENTOS FALTANTES EN EXPEDIENTE PERSONAL

NR -- ---- --

SI

NO

Completo

Apellidos y nombres:

Fecha de ingreso:





DOCUMENTOS OBLIGATORIOS PARA EXPEDIENTE PERSONAL

1 Acuerdo de Nombramiento o Contrato	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	14. Hoja de Designación de Beneficiario	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2 Solicitud de Empleo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	15. Declaración de Cargo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. Fotografía	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	16. Formulario de Evaluación del Desempeño	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. Currículum Vitae	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	17. Finiquito de la Corte de Cuentas (Directores)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. Atestados de Estudios (Credenciales emitidas por la Institución Correspondiente)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
6. Fotocopia del D.U.I.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	18. Fotocopia Carnet Residente y permiso de trabajo (extranjero)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
7. Fotocopia I.S.S.S.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	19. Fotocopia de autorización de la Junta de Vigilancia de las Profesiones de la Salud Vigente	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8. Fotocopia N.I.T.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
9. Fotocopia N.U.P.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	20. Tarjeta de Registro Laboral de Empleado	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
10. Certificación de Partida de Nacimiento	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	21. Constancia de Salud	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
11. Plica de Seguro de Vida	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	23. Exámenes de Salud	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
12. Declaración de R.E	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	22. Declaración Jurada de Patrimonio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Fecha de Revisión _____ Revisado por: _____
 Nombre y firma

12. CONTROL DE ASISTENCIA

RH 12.01

ESTABLECIMIENTO _____

REPORTE DE CONTROL DE INCONSISTENCIA EN LA ASISTENCIA DE LOS



EMPLEADOS

EN EL MES DE _____ DEPENDENCIA: _____

NOMBRE	APLICAR DESCUENTO		DÍA	TIPO DE INCONSISTENCIA			
	SI	NO		FALTA ENTRADA	FALTA SALIDA	DIA DE AUSENCIA	LLEGADA TARDE (si aplica)

NOTA: En los casos que no se autorice el descuento debe anexar la justificación de la inconsistencia de acuerdo a la Ley y en los formatos correspondientes.

_____ Fecha de
 remisión del _____ Profesión, Nombre, Firma y
 Departamento de Recursos Humanos Sello del Jefe Departamento de Recursos
 Humanos

HABIENDOLE OTORGADO GARANTIA DE AUDIENCIA AL EMPLEADO, SE AUTORIZA EL DESCUENTO RESPECTIVO DE ACUERDO A:

Art. 99, numerales 1,2 y 6 y Art. 100, numeral 1, de las Disposiciones Generales de Presupuesto.



PROFESIÓN, NOMBRE, FIRMA, CARGO Y SELLO DEL JEFE QUE AUTORIZA

Recibido por: _____

Fecha de Recibido _____

Nombre, cargo y firma



MEMORANDUM

No. _____

PARA: Profesión, nombre, firma y sello
Jefe Departamento de Recursos Humanos

DE: Profesión, nombre, firma y sello
Jefatura Inmediata

FECHA: __ DE _____ DE 201__.

Por este medio informo a Usted que se ha revisado el Control de Asistencia de los Empleados de esta Dependencia, correspondiente al período del _____ al _____ de 201__, no reportándose: llegadas tardías, salidas anticipadas y faltas de marcación, permisos personales, permisos por enfermedad sin goce de sueldo u otra inconsistencia de asistencia.

Atentamente,

DIOS UNIÓN LIBERTAD



ESTABLECIMIENTO: _____

**INFORME DE MISIONES OFICIALES Y CAPACITACIONES NACIONALES
DEL MES DE _____ DE 201_.**

CÓDIGO DE MARCACIÓN _____

NOMBRE DEL EMPLEADO O FUNCIONARIO: _____

DEPENDENCIA: _____

FECHA	HORA ENTRADA	HORA SALIDA	TOTAL TIEMPO	LUGAR DONDE REALIZÓ LA MISIÓN OFICIAL	LUGAR Y NOMBRE DEL EVENTO DE CAPACITACIÓN

PROFESIÓN, NOMBRE, FIRMA DEL SOLICITANTE

Autoriza:

PROFESIÓN, NOMBRE, FIRMA, CARGO Y SELLO DEL JEFE INMEDIATO
ESTABLECIMIENTO: _____

RH 12.04

INFORME MENSUAL DE TIEMPO EXTRA LABORADO

NOMBRE DEL EMPLEADO: _____



CODIGO DE MARCACION _____

MES Y AÑO: _____

DEPENDENCIA: _____

FECHA EN QUE LABORO	HORARIO EN QUE LABORO	TOTAL TIEMPO	ACTIVIDAD Y JUSTIFICACIÓN

PROFESIÓN, NOMBRE, FIRMA, CARGO Y SELLO DEL JEFE INMEDIATO

Art. 113, numeral 6 de las Disposiciones Generales de Presupuesto.

Art. 85, Reglamento Interno de La Unidad y Departamentos de Recursos Humanos Del Ministerio de Salud.

RH 12.05



Ministerio de Salud EL SALVADOR <small>UNIR. CRECER. INCLUIR.</small>	DIRECCION NACIONAL DE HOSPITALES HOSPITAL NACIONAL _____ DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS "FORMULARIO PARA CAMBIO o COBERTURA DE TURNOS"	
YO _____ CODIGO _____ CON CARGO DE _____ DEL AREA _____ SOLICITO AUTORIZACION DE :		
CAMBIO DE TURNO <input type="checkbox"/> EL DÍA : _____ HORARIO: _____ COBERTURA DE TURNO <input type="checkbox"/> POR EL DÍA : _____ HORARIO: _____		
PERSONA QUE ME SUSTITUIRA: _____ CODIGO _____ CON CARGO DE _____		
SOLICITA _____ (firma y sello)	ACEPTA _____ (firma y sello)	AUTORIZA _____ (firma y sello)
<small>"De conformidad a lo establecido en el Art. 64 del Reglamento Interno de la Unidad y Departamento de Recursos Humanos, el presente formulario en ningún momento autoriza pago con dinero."</small>		

ESTABLECIMIENTO: _____

RH 12.06

**INFORME DE INCONSISTENCIA EN LA ASISTENCIA DE LOS EMPLEADOS
 PARA LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD QUE NO POSEEN RELOJ, NI TARJETA**



DE MARCACIÓN

EN EL MES DE _____ ESTABLECIMIENTO: _____

NOMBRE	DÍA	TIPO DE INCONSISTENCIA				
		FALTA ENTRADA	FALTA SALIDA	DIA DE AUSENCIA	LLEGADA TARDE	SALIDA ANTICIPADA

SE AUTORIZA EL DESCUENTO RESPECTIVO DE ACUERDO A:

Art. 99, numerales 1,2 y 6 y Art. 100, numeral 1, de las Disposiciones Generales de Presupuesto.

NOMBRE, FIRMA, CARGO Y SELLO DEL JEFE QUE AUTORIZA

Recibido por: _____ Fecha de Recibido _____ Nombre,
cargo y firma



RH 12.07

**INFORME MENSUAL DE TIEMPO DE PERMISOS AUTORIZADOS EN TALONARIO
(PARA LOS ESTABLECIMIENTOS QUE NO POSEEN SOFTWARE QUE GENEREN INFORMES)**

MES: _____ **AÑO:** _____ **ESTABLECIMIENTO:** _____

CÓD. DE MARCACIÓN	NOMBRE	PERSONAL		ENFERMEDAD	ENFERMEDAD DE PARIENTE Y/O DUELO	MISIÓN OFICIAL O CAPACITACIONES NACIONALES	TIEMPO COMPENSATORIO
		Con sueldo	Sin sueldo				

Nota: Este reporte debe estar sustentado por la documentación pertinente

Elaborado por: _____ Recibido por: _____ Fecha de Recibido: _____ Nombre,
cargo y firma Nombre, cargo y firma



RH 12.08

**INFORME MENSUAL DE TIEMPO DE PERMISOS AUTORIZADOS EN TALONARIO
(PARA LOS ESTABLECIMIENTOS QUE NO POSEEN SOFTWARE QUE GENEREN
INFORMES)**

MEMORANDUM

No. _____

PARA : _____
Profesión y Nombre
Pagador o Tesorero Institucional

DE : _____
Profesión y Nombre
Jefe Departamento de Recursos Humanos

FECHA : ___ de _____ de 201__

Remito a Usted, reporte(s) de llegadas tardías y salidas anticipadas del personal de la institución, correspondientes al mes de _____ del presente año, para los efectos correspondientes según el Art. No. 99 inciso 1 y 2, y Art. 100, de las Disposiciones Generales de Presupuesto Vigente.
Cordialmente,

DIOS, UNIÓN LIBERTAD

ANEXO: Lo indicado.

c.c. Técnico de Recursos Humanos (Encargado de Planilla)



MEMORANDUM RH 12.09

No. _____

PARA: Jefaturas

DE: Profesión, nombre, firma y sello Jefe
Departamento de Recursos Humanos

FECHA: ___ DE _____ DE 201_.

Remito a usted **Reporte de Control de Inconsistencia en la Asistencia de los Empleados** a su cargo, correspondiente al período del _____ al _____ de 201_ , de acuerdo al cuadro adjunto. Con el propósito de que autorice el respectivo descuento o que presente justificación basada en evidencias documentadas, y las remita a este departamento a más tardar el día _____. (Máximo tres días hábiles).

De no recibirse la información solicitada, se considerará como autorizada la aplicación de los descuentos respectivos, conforme al Art. 99, numerales 1,2 y 6 y Art. 100, numeral 1, de las Disposiciones Generales de Presupuesto.

Atentamente,

DIOS UNIÓN LIBERTAD



RH 12.10

RH 12.11

INFORME DE LLEGADAS TARDIAS Y SALIDAS ANTICIPADAS TARJETA DE MARCACION POR EMPLEADOS

Ministerio de Salud

TARDIAS, INASISTENCIAS Y DESCUENTOS - ENERO DE 2012 (1/ENE/2012 AL 31/ENE/2012)

Inconsistencias Impresas: =Llegadas Tardes =Salida Antes =Ausencias =Incompletas =Pausas

Código	Nombre	Cargo	ENT-Tardes		Inasistencia			Incompl.		Auto Sin Goce		Total Incon.	Total Desc.
			Núm.	Simple	Doble	Núm.	Dobles	Cuadr.	Núm.	Total	Núm.		
2 empleado(s)												Total Descuento =>	7,54

Cod.Depto: 011405		Unidad de Vigilancia de Enf. Vectorizadas														
0781580261	APARICIO GONZALEZ, HERBERTH GREGORIO	COLABORADOR TECNICO NO ME	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	00:00	0,00
0990530138	GAM DIA CONTRERAS DE LINARES, MIRNA ELIZABETH	COLABORADOR TECNICO MEDIC	3	00:07	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	00:07	1,21
2 empleado(s)												Total Descuento =>	1,21			

Cod.Depto: 0103		Unidad Financiera Institucional														
0000000050	ALVAREZ GAM DIA, AMADA GRACIELA MARGARITA	TECNICO UFI	2	00:07	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	00:07	1,30
0000000725	CUBIAS CARRANZA, NELSON MANUEL	JEFE UNIDAD FINANCIERA INSTIT	2	00:02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	00:02	0,54
0000000733	NUILA FLAMENCO, NELSON ANTONIO		8	00:05	00:42	2	32:00	-	-	-	-	-	-	-	32:47	0,00
0000000729	RODRIGUEZ DE JUAREZ, IVONNE ELIZABETH	TECNICO FINANCIERO	1	00:08	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	00:08	0,00
0000000045	SERRANO AVELAR, MARIA ADELA	TECNICO DE UFI	11	00:12	01:38	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01:50	19,23
5 empleado(s)												Total Descuento =>	21,07			



13. EMISIÓN DE CONSTANCIAS

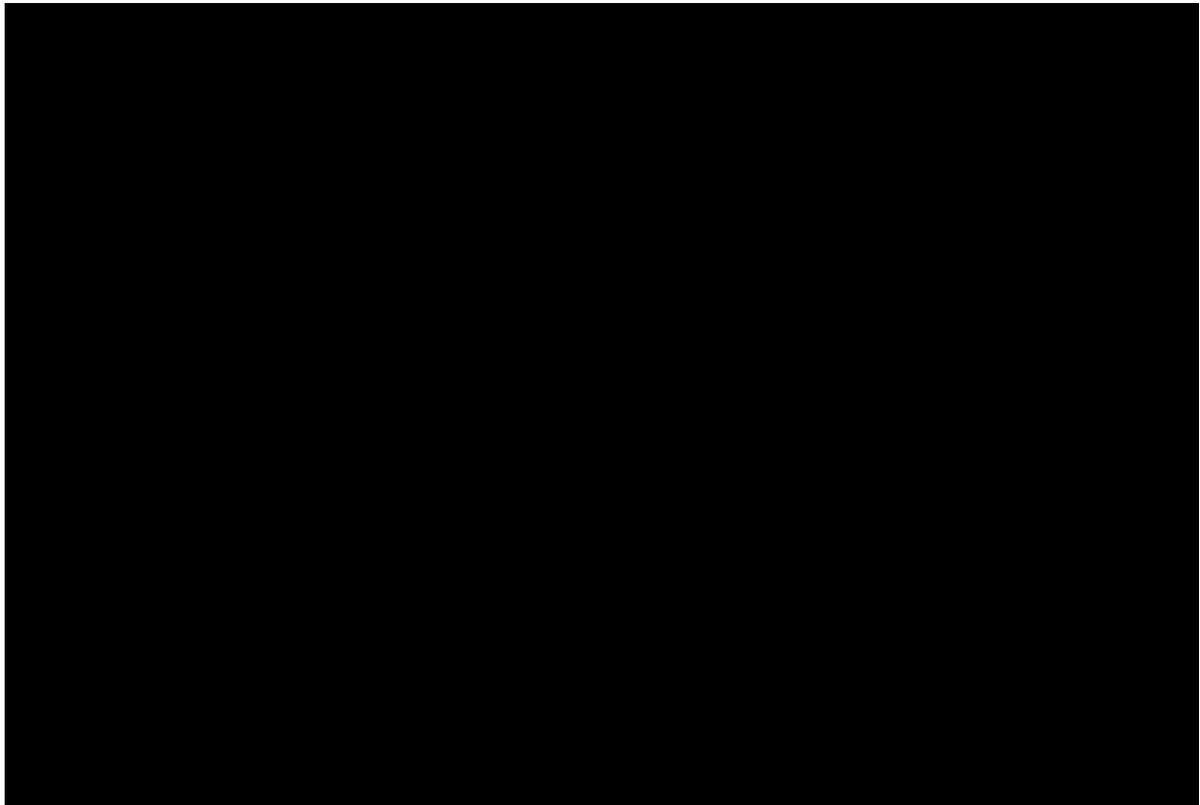
RH 13.01

ESTABLECIMIENTO: _____

CONSTANCIA DE SUELDO Y TIEMPO DE SERVICIO

EL (LA) INFRASCRITO(A) JEFE DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DE LA DIRECCIÓN REGIONAL U HOSPITAL _____ DEL MINISTERIO DE SALUD, HACEN CONSTAR QUE:

NOMBRE





Y PARA LOS USOS QUE CONVENGAN AL INTERESADO SE EXTIENDE LA PRESENTE EN LA CIUDAD DE _____ A LOS _____ DIAS DEL MES DE _____ DE _____.

Profesión, nombre y sello
Jefe Departamento de
Recursos Humanos Regional u Hospital

Profesión, nombre y sello
Pagador o Tesorero

- Es responsabilidad de la Institución financiera confirmar la información de este documento
- Válido solamente por 30 días
- Con firma y sello original

CONSTANCIA DE TIEMPO DE SERVICIO

RH 13.02

El, La infrascrito(a) **JEFE DE RECURSOS HUMANOS DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD U HOSPITAL** _____ **DEL MINISTERIO DE SALUD**, hace constar que el (la) señor(a):

NOMBRE

Prestó sus servicios en esta Institución:
Desde: (Fecha de ingreso a la institución)
Hasta: (Fecha de retiro de la institución)

Desempeñando el cargo de: (ÚLTIMO CARGO DESEMPEÑADO)

Forma de pago en que estaba contratado: (SISTEMA DE CONTRATACIÓN: LEY DE SALARIOS, CONTRATOS U OTROS)

Devengando un Sueldo de: (ÚLTIMO SUELDO DEVENGADO EN LETRAS Y NUMEROS).

Lo que se constató en la Tarjeta de Registro de Empleado resguardada en el Archivo de este Departamento.

Y para los usos que convenga la persona interesado(a), se extiende la presente en la ciudad de _____, a los _____ días del mes de _____ del 201__.



Profesión, nombre, firma y sello
Jefe Departamento de Recursos Humanos Regional u Hospital _____

RH 13.03

FORMATO DE SELLO DE CERTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS

El, La infrascrito(a) Jefe de Departamento de Recursos Humanos de la Dirección Regional u Hospital _____ del Ministerio de Salud, CERTIFICA: Que la presente Copia es conforme con su Original, con el que se confrontó y consta de ____ folio(s)

Lugar _____, a los ____ días del mes de _____ de dos mil ____.



14. CARNETIZACION DE EMPLEADOS

RH 14.01

ESTABLECIMIENTO _____

MEMORANDUM

No. _____

PARA: Profesión y nombre
Jefe Departamento Recursos Humanos



Región de Salud u Hospital _____

DE: Profesión, nombre, firma y sello Jefe de dependencia Solicitante.

FECHA: ___ de _____ de 201__

Me es grato dirigirme a usted, ocasión que aprovecho para solicitar elaboración de carné de identificación institucional (si es personal de nuevo ingreso) o reposición de carné de NOMBRE O NOMBRES DE LOS EMPLEADOS el cual es requerido para su (ESPECIFICAR TIPO DE CARNE SI ES PARA IDENTIFICACION O REGISTRO DE ASISTENCIA), como personal de esta Institución.

Se anexa cuadro con listado de personal que solicita carné (en caso que sean varios empleados)

Sin otro particular,

Atentamente,

DIOS UNIÓN LIBERTAD



RH 14.02

ESTABLECIMIENTO _____

FORMATO DE REQUERIMIENTO DE CARNÉ DE IDENTIFICACION INSTITUCIONAL

TIPO DE CARNÉ	NOMBRE	CARGO SEGÚN NOMBRAMIENTO	OFICINA EN LA QUE ESTÁ ASIGNADO	NÚMERO DE DOCUMENTOS		
				ISSS	NIT	DUI
				000000000	0000-0000-0000	00000000-0

NOTA: En tipo de Carné debe de especificar si es para identificación o para ser usado para marcar asistencia.



INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO

FORMATO DE REQUERIMIENTO DE CARNÉ DE IDENTIFICACIÓN INSTITUCIONAL

Asignado a Dependencia	la	Escribir el nombre de la Dependencia donde el empleado se encuentra asignado.
Tipo de Carné		Anotar el tipo de carné, si es para identificación o registro de asistencia.
Nombre		Escribir el nombre completo del empleado, según DUI.
Cargo nombramiento	según	Anotar el cargo de acuerdo a su nombramiento o nombre de la plaza.
Número de Documentos		Escribir el número de los siguientes documentos: ISSS, NIT y DUI.



FORMATO DE CARNÉ DE IDENTIFICACION INSTITUCIONAL PARTE FRONTAL

RH 14.03



FOTO



Ministerio de Salud
EL SALVADOR

NOMBRE:
CARGO:
DEPENDENCIA:

NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR

PARTE REVERSA

ISSS:

DUI:

NIT:



En caso de emergencia o extravío llamar al Departamento de Recursos Humanos _____.
Tel. _____

RH 15.01

15. APLICACIÓN DEL SISTEMA DE INCENTIVOS



MINISTERIO DE SALUD

UNIDAD DE ADMINISTRACION DE RECURSOS HUMANOS



FORMULARIO DE EVALUACION DEL DESEMPEÑO PARA PERSONAL

JEFATURAS

I. DATOS GENERALES

DEPENDENCIA:		PERIODO de EVALUACION:	
NIT:		NOMBRE DEL EMPLEADO:	
CARGO SEGUN NOMBRAMIENTO:			
CARGO SEGUN FUNCIONES:		A PARTIR DE:	
FECHA DE INGRESO:	PARTIDA:	SUBNUMERO:	SUELDO:
NOMBRE DEL JEFE INMEDIATO:			
PUESTO:			
UNIDAD ADMINISTRATIVA: (DIRECCION, DIVISION, DEPARTAMENTO, UNIDAD, SECCION, AREA)			

II. EVALUACION GENERAL POR PARTE DEL JEFE INMEDIATO

1. PLANIFICACION Y ORGANIZACION

Se refiere a la capacidad de formular y desarrollar planes, así como la habilidad para coordinar y distribuir el trabajo del personal bajo su cargo.

A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
No cuenta con un plan de trabajo definido, y no sabe distribuir ni coordinar el trabajo de sus subalternos.	Si cuenta con un plan concreto de trabajo, pero se le dificulta coordinar y distribuir el trabajo del personal bajo su cargo.	Cuenta con planes bien definidos de trabajo, sabe coordinar y distribuir el trabajo del personal bajo su cargo. Pero algunas veces presenta dificultades que se rectifican fácilmente.	Cuenta con planes perfectamente definidos, coordina con precisión y exactitud el trabajo que realiza el personal bajo su cargo.

2. LOGRO DE METAS Y OBJETIVOS

Es la capacidad que tiene el jefe para formular y desarrollar metas y objetivos y la habilidad que tiene para involucrar a su personal en la consecución de los mismos.

A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
Logra los resultados esperados en un 40% no formula correctamente los objetivos y las metas a alcanzar y no logra que su personal se involucre en la consecución de los mismos, frecuentemente necesita la reformulación de las metas y objetivos.	Logra en un 60% los resultados esperados. A pesar de que formula correctamente los objetivos y metas, no logra que todo su personal se involucre en la consecución de las mismas, necesita integrar a todo su personal.	Formula correctamente los objetivos y metas de trabajo y consigue que su personal se involucre, pero existen dificultades, superables, en la ejecución de los mismos. Logra resultados mayores al 80% de lo planeado.	Formula los objetivos y metas perfectamente y su personal esta totalmente integrado logrando resultados esperados en un 100%, con exactitud y en el menor tiempo posible.

3. CAPACIDAD DE DIRECCION

Es la habilidad que tiene el jefe para conducir al personal bajo su cargo en forma sistemática e integrada al logro de los resultados esperados.

A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
El personal se sienten desorientado, no logra integrarles a fin de conseguir los resultados esperados. Siempre ejerce presión en sus subalternos para realizar las tareas encomendadas.	Se logra con dificultad los resultados esperados, no involucra a todo el personal en la consecución de los mismos. Generalmente somete a trabajar bajo presión al personal bajo su cargo.	El personal esta bien orientado, sabe hacia donde va y esta integrado. Ocasionalmente somete a presión a su equipo de trabajo, en pro de los resultados oportunos.	El personal sabe perfectamente hacia donde va y como lograr los resultados esperados con agilidad y oportunidad, involucrando el mínimo de esfuerzo.

4. TOMA DE DECISIONES

Es la capacidad de proponer las posibles alternativas de solución y seleccionar de entre ellas la mejor; a fin de alcanzar los resultados esperados con precisión y oportunidad.

A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
Inseguridad al momento de tomar decisiones generadas por situaciones no previstas, lo que conlleva al entorpecimiento de los resultados esperados.	En algunas ocasiones delega la toma de decisiones, aunque alcanza los objetivos, no es oportuno.	Siempre se responsabiliza de la toma de decisiones y propone alternativas que facilitan el logro de los resultados. Algunas veces comete errores que puede rectificar.	No se equivoca en la toma de decisiones, siempre propone la mejor alternativa de solución y se logran los resultados esperados con exactitud, precisión y oportunidad.

5. RESPONSABILIDAD

Es la capacidad que tiene el jefe para cumplir con los deberes y obligaciones inherentes a su cargo y el grado de compromiso que involucra en la consecución de los resultados esperados.

A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
No cumple con las obligaciones relacionadas con su cargo, muestra apatía y desinterés.	Generalmente cumple las obligaciones relacionadas con su cargo, sin embargo a veces presenta problemas.	Cumple únicamente con las responsabilidades y exigencias de su cargo, en forma oportuna.	Altamente responsable con las actividades relacionadas con su puesto y otras que le son encomendadas, las cuales desarrolla con suma eficiencia y oportunidad.

6. INICIATIVA Y CREATIVIDAD

Capacidad para proponer y ejecutar nuevas metodologías de trabajo que mejoren las ya existentes, optimicen recursos y tiempo o resuelvan problemas que se presenten en el desarrollo del trabajo.

A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
No aporta nuevas ideas ni demuestra interés por mejorar el trabajo, se guía por la rutina. Necesita proponer nuevos métodos de trabajo e incentivar el cambio.	Algunas veces aporta ideas que contribuyen a mejorar el trabajo y optimizar los recursos, necesita incorporar mejoras a los métodos existentes.	Generalmente aporta ideas y sugerencias que contribuyen a solucionar problemas e introducir nuevos métodos de trabajo.	Permanente mente aporta ideas y sugerencias prácticas que permiten solución de problemas e innovaciones al trabajo. Es visionario y prevé los cambios.

7. RELACIONES LABORALES

Es la actitud que tiene el jefe en las relaciones laborales con otros jefes, subalternos y/o visitantes; el grado de respeto y consideración para con ellos; asimismo, el uso que hace de los canales de comunicación, fomentando así un clima organizacional propicio y el fomento de trabajo en equipo.

A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
Indiscreto con la información relacionada con su trabajo y con información institucional que llega a su puesto.	Mantiene la reserva necesaria en relación a la información de su trabajo y la de la institución, eventualmente comete alguna indiscreción.	Es reservado en el manejo de la información de su trabajo y de la institución, no comete indiscreción.	Totalmente reservado en el manejo de información de su trabajo y de la institución, por lo que siempre se considera digno de confianza.

TABLA DE VALORACION

FACTOR	A	B	C	D
1.- Planificación y Organización	0	7	14	21
2.- Logro de Metas y Objetivos	0	6	12	18
3.- Capacidad de Dirección	0	5	10	15
4.- Toma de Decisiones	0	4	8	12
5.- Responsabilidad	0	3	6	9
6.- Iniciativa y Creatividad	0	2	4	6
7.- Relaciones Laborales	0	1	2	3

CALIFICACION POR PUNTOS Y POR RANGOS

Excelente	De 73 a 84 puntos
Muy Bueno	De 56 a 72 puntos
Bueno	De 28 a 55 puntos
Insatisfactorio	Hasta 27 puntos

III. RESULTADOS DE LA EVALUACION DEL DESEMPEÑO.

Tiempo de Supervisar al Evaluado: _____

Con base en la evaluación realizada el empleado merece una calificación de:

Excelente

Muy Bueno

Bueno

Insatisfactorio

Comentarios:

_____	SELLO	_____
Firma del Evaluador		Fecha
_____	SELLO	_____
Firma Jefe Inmediato Superior		Fecha

IV. COMUNICACION DE LA CALIFICACION AL EVALUADO.

Hago constar que he leído la presente evaluación y calificación del desempeño y me doy por enterado del contenido de la misma.

Comentarios:

_____	SELLO	_____
Firma del Evaluado		Fecha

ACCIONES ACORDADAS CON EL EMPLEADO PARA MEJORAR SU DESEMPEÑO EN EL PROXIMO PERIODO A EVALUAR, U OTRAS OBSERVACIONES.

_____	SELLO	_____
Firma del Evaluado		Fecha

RH 15.02



MINISTERIO DE SALUD

UNIDAD DE ADMINISTRACION DE RECURSOS HUMANOS



FORMULARIO DE EVALUACION DEL DESEMPEÑO PARA PERSONAL ADMINISTRATIVO

I. DATOS GENERALES

DEPENDENCIA:		PERIODO de EVALUACION:	
NIT:		NOMBRE DEL EMPLEADO:	
CARGO SEGUN NOMBRAMIENTO:			
CARGO SEGUN FUNCIONES:		A PARTIR DE:	
FECHA DE INGRESO:	PARTIDA:	SUBNUMERO:	SUELDO:
NOMBRE DEL JEFE INMEDIATO:			
PUESTO:			
UNIDAD ADMINISTRATIVA: (DIRECCION, DIVISION, DEPARTAMENTO, UNIDAD, SECCION, AREA)			

II. EVALUACION GENERAL POR PARTE DEL JEFE INMEDIATO

1. CALIDAD DE TRABAJO

Se refiere al cuidado, nitidez y exactitud con que realiza su trabajo, utilizando adecuadamente los recursos y eliminando el desperdicio en terminos materiales, tiempo y costo.

A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
Casi siempre es necesario que rectifique su trabajo. Necesita mucha supervisión.	Eventualmente comete errores, que son fácilmente corregidos. Necesita poca supervisión.	No comete errores. Trabaja con precisión y oportunidad. No necesita supervisión directa.	Trabajo que excede a la normalidad, realizado con máximo grado de precisión, oportunidad y exactitud.

2. PRODUCTIVIDAD

Se evalúa el rendimiento de trabajo efectivo generado por el empleado durante un tiempo estipulado, de conformidad con las asignaciones que recibe, maximizando el uso de los recursos y eliminando pérdida de tiempo.

A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
Con frecuencia no alcanza a cumplir con la cantidad de trabajo asignado. Siempre está atrasado. En repetidas ocasiones se le proporciona adiestramiento.	Cumple con el trabajo que le es asignado, algunas veces se atrasa. Eventualmente necesita adiestramiento, en alguna etapa de su trabajo.	Cumple con los trabajos asignados. Siempre está al día. Utiliza adecuadamente los recursos; conoce bien su trabajo y no necesita adiestramiento.	Conoce a la perfección su trabajo, lo que le permite realizarlo en menor tiempo del asignado, a la vez que maximiza los recursos. Realiza tareas adicionales a las encomendadas.

3. RESPONSABILIDAD

Es el grado de compromiso, dedicación, interés y preocupación que tiene el empleado en la ejecución de sus funciones y ante la Institución misma.

A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
Generalmente no cumple con las responsabilidades de su puesto de trabajo, muestra apatía y desinterés. Necesita que se le incentive.	Cumple sus funciones, sin embargo a veces no logra concluir las oportunamente.	Demuestra interés y cumple con las actividades de su puesto de trabajo.	Cumple con las responsabilidades de su puesto y otras que le son encomendadas.

4. INICIATIVA Y CREATIVIDAD

Evalúa la capacidad del empleado para proponer cambios que mejoren los métodos de trabajo, enfrentar y resolver problemas, aportando soluciones a los mismos. Puede considerarse también, la forma en que actúa para afrontar situaciones no rutinarias.

A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
No aporta nuevas ideas ni demuestra interés por mejorar el trabajo, por lo general se guía por la rutina.	Algunas veces aporta ideas que contribuyen a mejorar el trabajo. Tiene capacidad, pero es necesario su jefe inmediato le presione.	Aporta ideas y sugerencias que contribuyen a mejorar su trabajo y solucionar problemas. No requiere de presión para desarrollar su potencialidad.	Permanentemente propone cambios, aporta ideas y sugerencias prácticas que permiten la solución de problemas e innovaciones a su trabajo y al de otras áreas.

5. CUMPLIMIENTO DE NORMAS E INSTRUCCIONES

Es el cumplimiento de normas institucionales e instrucciones emanadas por los jefes. En general de todas las disposiciones reglamentarias y de la aplicación de las mismas, con especial apego a la puntualidad en el horario de trabajo.

A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
Reincide en incumplir algunas normas y reglamentos especialmente la puntualidad a los horarios de su jornada laboral.	Cumple ordenes e instrucciones. En algunas ocasiones presenta problemas de disciplina y puntualidad en su jornada laboral.	Cumple con las normas y reglamentos vigentes sin dificultad, acata las ordenes e instrucciones que recibe. No presenta problemas de incumplimiento de horarios ni disciplina.	Su acatamiento de las normas e instrucciones es ejemplar, así como la disciplina (asistencia, permanencia y puntualidad en su jornada laboral y conducta), es intachable.

6. RELACIONES LABORALES

Es la forma de comportarse del empleado con respeto, consideración, buena disposición y prestando ayuda en las relaciones laborales con jefes, compañeros de trabajo y/o visitantes de la Institución.

A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
Presenta dificultades en las relaciones con sus jefes, compañeros y/o visitantes, adopta actitudes negativas. Tiene poca disposición con sus jefes y presta poca ayuda a sus compañeros.	Tiene buenas relaciones con sus jefes, compañeros y/o visitantes, algunas veces presenta dificultades que son fácilmente manejables.	Mantiene muy buenas relaciones con jefes, compañeros y/o visitantes. Tiene muy buena disposición con sus jefes y al solicitarle colaboración la presta con gusto.	Desarrolla su trabajo en total armonía con sus jefes, compañeros y/o visitantes. Mantiene total disposición con sus jefes y presta colaboración a sus compañeros sin que sea solicitada

7. DISCRECION

Actitud del empleado para actuar con moderación, sensatez y tacto en el manejo de la información relacionada con su puesto de trabajo y de la institución en general.

A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
Indiscreto con la información relacionada con su trabajo y con información institucional que llega a su puesto.	Mantiene la reserva necesaria en relación a la información de su trabajo y la de la institución, eventualmente comete alguna indiscreción.	Es reservado en el manejo de la información de su trabajo y de la institución, no comete indiscreción.	Totalmente reservado en el manejo de información de su trabajo y de la institución, por lo que siempre se considera digno de confianza.

TABLA DE VALORACION

FACTOR	A	B	C	D
1.- Calidad de Trabajo	0	7	14	21
2.- Productividad	0	6	12	18
3.- Responsabilidad	0	5	10	15
4.- Iniciativa y Creatividad	0	4	8	12
5.- Cumplimiento de Normas e Instrucciones	0	3	6	9
6.- Relaciones Laborales	0	2	4	6
7.- Discreción	0	1	2	3

CALIFICACION POR PUNTOS Y POR RANGOS

Excelente	De 73 a 84 puntos
Muy Bueno	De 56 a 72 puntos
Bueno	De 28 a 55 puntos
Insatisfactorio	Hasta 27 puntos

III. RESULTADOS DE LA EVALUACION DEL DESEMPEÑO.

Tiempo de Supervisar al Evaluado: _____

Con base en la evaluación realizada el empleado merece una calificación de:

Excelente Muy Bueno Bueno Insatisfactorio

Comentarios: _____

_____ Firma del Evaluador SELLO _____ Fecha

_____ Firma Jefe Inmediato Superior SELLO _____ Fecha

IV. COMUNICACION DE LA CALIFICACION AL EVALUADO.

Hago constar que he leído la presente evaluación y calificación del desempeño y me doy por enterado del contenido de la misma.

Comentarios: _____

_____ Firma del Evaluado SELLO _____ Fecha

ACCIONES ACORDADAS CON EL EMPLEADO PARA MEJORAR SU DESEMPEÑO EN EL PROXIMO PERIODO A EVALUAR, U OTRAS OBSERVACIONES.

_____ Firma del Evaluado SELLO _____ Fecha



RH 15.03



MINISTERIO DE SALUD
 UNIDAD DE ADMINISTRACION DE RECURSOS HUMANOS



FORMULARIO DE EVALUACION DEL DESEMPEÑO PARA PERSONAL

MEDICO, PARAMEDICO Y DE ENFERMERIA

I. DATOS GENERALES

DEPENDENCIA:		PERIODO de EVALUACION:	
NIT:		NOMBRE DEL EMPLEADO:	
CARGO SEGUN NOMBRAMIENTO:			
CARGO SEGUN FUNCIONES:		A PARTIR DE:	
FECHA DE INGRESO:	PARTIDA:	SUBNUMERO:	SUELDO:
NOMBRE DEL JEFE INMEDIATO:			
PUESTO:			
UNIDAD ADMINISTRATIVA: (DIRECCION, DIVISION, DEPARTAMENTO, UNIDAD, SECCION, AREA)			

II. EVALUACION GENERAL POR PARTE DEL JEFE INMEDIATO

1. CALIDAD DE TRABAJO

Se refiere a la forma en que aplica los procedimientos de trabajo; el grado de eficiencia con que los realiza; el seguimiento que se le da a los mismos; la atención completa que brinda al usuario en los diferentes programas de salud en un ambiente de confianza y amabilidad.

A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
Es negligente en su trabajo. No se interesa en orientar al usuario sobre la atención que prestan los diferentes programas de salud.	Casi siempre aplica correctamente los procedimientos de trabajo y les da seguimiento. Se interesa en orientar al usuario sobre la atención que prestan los programas de salud.	Siempre aplica correctamente los procedimientos de trabajo, dándole seguimiento completo a los mismos. Pone mucho interés en orientar al usuario sobre la atención que prestan los programas de salud.	Aplica con precisión y exactitud los procedimientos de trabajo, aprovechando al máximo el uso de los recursos con que cuenta, siempre esta actualizado en las nuevas técnicas de su trabajo. Pone interés especial en la atención que brinda al usuario, tanto en el área de su competencia como en otras áreas.

2. RESPONSABILIDAD

Es el grado de compromiso, dedicación, interés y preocupación que tiene el empleado en la ejecución de sus funciones y ante la institución misma.

A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
Siempre evade las obligaciones de puesto de trabajo, muestra apatía y desinterés por el mismo.	Casi siempre cumple con las obligaciones de su puesto de trabajo, algunas veces no muestra interés por lo tanto, no logra concluir las oportunamente.	Cumple con las obligaciones de su puesto de trabajo con verdadero interés. Logra concluir las oportunamente.	Siempre cumple con todas las obligaciones de su puesto de trabajo y con otras que le sean encomendadas, además muestra interés por iniciativa propia.

3. CUMPLIMIENTO DE METAS

Es la forma metódica y sistemática de realizar el trabajo a fin de alcanzar los resultados esperados en forma oportuna.

A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
Con frecuencia no alcanza a cumplir con las metas que le son asignadas, ni en el tiempo estipulado.	Generalmente cumple con las metas que le son asignadas. Presenta dificultades para lograrlo en el tiempo encomendado.	Cumple con las metas que le son encomendadas en el tiempo establecido. No presenta dificultades para lograrlo.	Cumple con exactitud las metas que le son asignadas en menos tiempo de lo estipulado, lo que le permite apoyar el trabajo de otras áreas.

4. ORGANIZACION DE SU TRABAJO

Se refiere a la habilidad con que organiza y coordina los recursos de que dispone, a fin de obtener resultados ágiles y oportunos.

A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
Pierde mucho tiempo por la falta de orden en su trabajo, lo cual dificulta el cumplimiento del mismo.	Distribuye el trabajo en forma adecuada pero no siempre lo hace en el tiempo oportuno.	Es organizado. Habitualmente es oportuno con su trabajo. Puede ejecutar tareas adicionales dentro de su jornada ordinaria.	Organiza perfectamente su trabajo, aprovecha muy bien su tiempo, es oportuno. Puede disponer de tiempo para colaborar con otros.

5. CUMPLIMIENTO DE NORMAS E INSTRUCCIONES

Se refiere al grado de cumplimiento de leyes, reglamento y normas de la institución e instrucciones emanadas de las jefaturas correspondientes. Asimismo de la puntualidad y en general de toda disposición aplicable al correcto desempeño.

A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
Incorre constantemente en faltas relacionadas con el cumplimiento de leyes, normas e instrucciones de niveles superiores. Incumple los horarios de trabajo establecidos.	Generalmente cumple con las leyes, normas, instrucciones y otras disposiciones reglamentarias. Eventualmente incumple los horarios de trabajo establecidos.	Cumple con las leyes, normas, instrucciones y otras disposiciones reglamentarias sin ninguna dificultad. No presenta problemas de disciplina.	Su acatamiento de las leyes, normas e instrucciones de niveles superiores es ejemplar, así como la disciplina (Asistencia, permanencia, puntualidad y conducta) observada durante su desempeño.

6. DISCRECION

Es el grado de reserva y confidencialidad con que maneja la información de su trabajo y de la institución en general.

A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
No es reservado en el manejo de la información relacionada con su trabajo y con su trabajo y con información institucional que llega a su puesto.	Mantiene la reserva necesaria en relación a la información de su trabajo y de la institución. Eventualmente comete alguna indiscreción.	Es prudente en el manejo de la información de su trabajo y de la institución para la cual labora. No comete ninguna indiscreción.	Totalmente reservado en el manejo de información de su trabajo y de la institución, lo que fortalece su ética profesional. Siempre digno de confianza.

7. RELACIONES LABORALES

Es la actitud que tiene el empleado en sus relaciones laborales con jefes, compañeros y el grado de atención que se brinda al usuario de los servicios de salud.

A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
Tiene dificultad con sus jefes y compañeros. Casi siempre existen quejas por parte de los usuarios por la mala atención de los servicios.	Las relaciones que mantiene con sus jefes y compañeros son aceptables. La atención que brinda a los usuarios es adecuada, pero en algunas ocasiones presenta actitudes negativas. Algunas veces existen quejas.	Mantiene buenas relaciones con jefes y compañeros. Casi siempre brinda la atención adecuada a los usuarios de los servicios. Rara vez existe inconformidad por parte del usuario, que puede solventarse con facilidad.	Desarrolla magníficas relaciones con sus jefes y compañeros. Brinda una esmerada atención en los servicios, inspira confianza. El usuario queda totalmente satisfecho.

TABLA DE VALORACION

FACTOR	A	B	C	D
1.- Calidad de Trabajo	0	7	14	21
2.- Responsabilidad	0	6	12	18
3.- Cumplimiento de Metas	0	5	10	15
4.- Organización de su Trabajo	0	4	8	12
5.- Cumplimiento de Normas e Instrucciones	0	3	6	9
6.- Discreción	0	2	4	6
7.- Relaciones Laborales	0	1	2	3

CALIFICACION POR PUNTOS Y POR RANGOS

Excelente	De 73 a 84 puntos
Muy Bueno	De 56 a 72 puntos
Bueno	De 28 a 55 puntos
Insatisfactorio	Hasta 27 puntos

III. RESULTADOS DE LA EVALUACION DEL DESEMPEÑO.

Tiempo de Supervisar al Evaluado: _____

Con base en la evaluación realizada el empleado merece una calificación de:

Excelente Muy Bueno Bueno Insatisfactorio

Comentarios:

Firma del Evaluador

SELLO

Fecha

Firma Jefe Inmediato Superior

SELLO

Fecha

IV. COMUNICACION DE LA CALIFICACION AL EVALUADO.

Hago constar que he leído la presente evaluación y calificación del desempeño y me doy por enterado del contenido de la misma.

Comentarios:

Firma del Evaluado

SELLO

Fecha

ACCIONES ACORDADAS CON EL EMPLEADO PARA MEJORAR SU DESEMPEÑO EN EL PROXIMO PERIODO A EVALUAR, U OTRAS OBSERVACIONES.

Firma del Evaluado

SELLO

Fecha



RH 15.04

DEPENDENCIA: _____

UNIDAD ORGANIZATIVA: _____

PERIODO A EVALUAR: _____

LISTADO DEL PERSONAL A EVALUAR

No.	NOMBRES	OBSERVACIONES

F: _____
Entrega
Fecha

F: _____
Recibido
Fecha



MEMORANDUM

RH 15.05

No. _____

PARA: Jefaturas del Establecimiento

DE: Profesión, Nombre, Firma y Sello
Jefe Departamento de Recursos Humanos

A TRAVES DE: Profesión, Nombre, Firma y Sello
Director del Establecimiento

FECHA: __ de ____ de 201__.

Remito formularios de Evaluación del Desempeño para que evalúe al personal bajo su cargo, correspondiente al período de _____ a _____ del corriente año; solicitando los devuelva debidamente firmados y sellados, a más tardar el ____ de _____ de 201__.

De no enviarse en la fecha mencionada, los resultados de las Evaluaciones no serán ingresados oportunamente al Sistema, lo que ocasionará la falta de aplicación del porcentaje del incentivo por mérito personal, contemplado en la Ley de Creación del Escalafón del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Atentamente,

DIOS, UNIÓN LIBERTAD

Con anexo



RH 15.06

FORMATO PARA LA DEVOLUCIÓN DE EVALUACIONES CON INCONSISTENCIAS O REMISION DE NUEVOS FORMULARIOS

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA:	NOMBRE DEL EMPLEADO	TIPO DE INCONSISTENCIA	FORMATO NUEVO	
			SI	NO

Profesión, Nombre, Firma y Sello
Jefe Departamento de Recursos Humanos

Fecha: _____
Recibió _____



PARA: Jefes del Nivel Regional y Local

DE: Profesión, Nombre, Firma y Sello
Coordinador del Departamento de Recursos Humanos
Regional

A TRAVES DE: Profesión, Nombre, Firma y Sello
Director del Establecimiento

FECHA: __ de ____ de 201__.

Informo a usted que las Evaluaciones del Desempeño de (los):

NOMBRE DEL EMPLEADO(S)

No ha sido enviada en la fecha estipulada, por lo tanto se requiere que sea remitida a más tardar el día _____, para ingresar al sistema el resultado obtenido durante el período de _____ a _____ del presente año.

Es importante mencionar que es su responsabilidad, la remisión oportuna de la Evaluación al Desempeño del personal a su cargo.

Atentamente,

DIOS, UNIÓN LIBERTAD

16. ADQUISICIÓN DE FIANZAS

RH 16.01



No. _____

MEMORANDUM

PARA : Jefaturas

DE : Director Regional de Salud o Director de Hospital

FECHA : ___ de _____ de _____

Con el propósito de gestionar la adquisición de fianzas de personal de este establecimiento, para el presente año, mucho agradeceré remitir al Departamento de Recursos Humanos, a más tardar el día __ del corriente año, la nómina de los funcionarios y empleados bajo su cargo, que de acuerdo con la ley deben de rendir fianza para el año 201__.

La información requerida debe detallarse en el formato anexo.

Atentamente,

DION UNIÓN LIBERTAD

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL JEFE DE LA DEPENDENCIA



INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO

DETALLE DE CARGOS FUNCIONARIOS Y EMPLEADOS QUE DEBEN RENDIR FIANZAS

PERSONAL DE LEY DE SALARIOS Y CONTRATO GOES

DEPENDENCIA	Escribir el nombre de la Dependencia a la cual pertenecen los funcionarios y empleados que se detallarán a continuación,
NOMBRE DEL EMPLEADO	Anotar el nombre del empleado, iniciando con el apellido, si es casada con el apellido de soltera, seguido el apellido de casada, y después el primer y segundo nombre en caso lo tuviera. Ejemplo: Abarca de Romero, Rocío Elizabeth, Hernández Pérez, Roberto José.
NOMBRE DE LA PLAZA	Escribir el nombre de la plaza según sea Ley de Salarios y Contratos, correspondiente a la plaza donde el empleado está nombrado.
CARGO A AFIANZAR, SEGÚN FUNCIONES	Escribir el cargo que desempeña el empleado y bajo el cual se afianzará.
SUELDO ACTUAL	Anotar el Sueldo que devenga el empleado en el momento de iniciar proceso de fianza.
MONTO QUE MANEJA	Anotar el monto que maneja el funcionario o empleado. Según instructivo.
PERÍODO QUE RENDIRÁ FIANZA	Escribir el período durante el cual el empleado, estará fungiendo el cargo y que requiere fianza.
DIRECCIÓN PARTICULAR Y TELÉFONO	Anotar la dirección particular donde reside el empleado y su teléfono residencial.
NÚMERO DE DUI y NIT	Anotar el DUI y el NIT.
FECHA	Escribir la fecha, cuando se finaliza de complementar el cuadro.
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL JEFE DE LA DEPENDENCIA	Escribir el nombre y cargo del Jefe de la Dependencia, y sellar el cuadro.



RH 16.03

MINISTERIO DE SALLUD
UNIDAD DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONAL
SOLICITUD DE COMPRA

HOJA No. -- DE --20__

SOLICITUD No./20__

FECHA

Table with 3 columns and 4 rows. Middle row contains '30 días calendario'.

DIA MES AÑO

DEPENDENCIA SOLICITANTE:

PLAZO DE ENTREGA EN DIAS CALENDARIO:

NUMERO DE ENTREGAS:

UNA DOS MAS

ALMACEN O LUGAR DE ENTREGA DE LOS

SUMINISTROS SOLICITADOS:

Large empty table with 4 columns and 10 rows.

DIRECCION DE ALMACEN O LUGAR DE ENTREGA:

PERIODO DE UTILIZACION:

(INDICAR No. DE MESES)

CLASE DE SUMINISTRO O SERVICIO:

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: MONTO PRESUPUESTADO:

Main table with 8 columns: ITEM, CODIGO DEL PRODUCTO, CODIGO DEL PRODUCTO SEGUN CATALOGO DE NACIONES UNIDAS, DESCRIPCION DEL SUMINISTRO, UNIDAD DE MEDIDA, CANTIDAD, MONTOS ESTIMADOS (UNITARIO \$, TOTALES \$). Includes a row for 'TOTAL'.

VoBo Unidad de Abastecimiento (En caso de las Regiones de Salud)

UNIDAD SOLICITANTE:

FIRMA:

NOMBRE:

CERTIFICACION DE FONDOS:

CIFRADO PRESUPUESTARIO:

FIRMA:

NOMBRE:



CARGO: JEFE DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

CARGO: JEFE UNIDAD FINANCIERA

AUTORIZADO:

FIRMA: _____

NOMBRE:

CARGO: DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO

205

RH 16.04

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: _____

CONSOLIDADO DE CARGOS A AFIANZAR, PERIODO: _____

No.	CARGO A AFIANZAR	CANTIDAD DE CARGOS	MONTO A AFIANZAR POR CARGO	COBERTURA	MONTO DE TOTAL COBERTURA
1	AUXILIAR DE FARMACIA	7	\$ 10,000.00		
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					



RH 16.05

NOMBRE ESTABLECIMIENTO: _____

**DETALLE DE PERSONAL A AFIANZAR
CORRESPONDIENTE AL PERIODO día-mes al día-mes-año**

No.	NOMBRE DEL EMPLEADO	SALARIO ACTUAL	DIRECCION PARTICULAR Y TELEFONO	No. DUI	No. NIT	CARGO NOMINAL	CARGO A AFIANZAR	MONTO A AFIANZAR

Solicita: Autoriza:

Firma:

Firma: _____

Nombre: Nombre: _____

JEFE DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Director

ESTABLECIMIENTO:

ESTABLECIMIENTO:

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO

**CUADRO CONSOLIDADO DE FUNCIONARIOS Y EMPLEADOS
QUE DEBEN RENDIR FIANZAS**

DEL ___ DE ___ AL ___ DE ___ DEL AÑO 200_.	Anotar las fechas, meses y año, período durante el que se está afianzando a los que se detalla en el cuadro.
No.	Escribir el número correlativo, según tantos funcionarios y empleados se detallen.
NOMBRE DEL EMPLEADO	Anotar el nombre del empleado, iniciando con el apellido, si es casada con el apellido de soltera, seguido el apellido de casada, y después el primer y segundo nombre en caso lo tuviera. Ejemplo: Abarca de Romero, Rocío Elizabeth, Hernández Pérez, Roberto José.
SALARIO ACTUAL	Anotar el Sueldo que devenga el empleado en el momento de iniciar proceso de fianza.
DIRECCIÓN PARTICULAR Y TELÉFONO	Anotar la dirección particular donde reside el empleado y su teléfono residencial.
NÚMERO DE DUI y NIT	Anotar el DUI y el NIT.
NOMBRE DE LA PLAZA	Escribir el nombre de la plaza según sea Ley de Salarios y Contratos, correspondiente a la plaza donde el empleado está nombrado.
CARGO NOMINAL	Anotar el cargo nominal según Refrenda o Contrato.
CARGO A AFIANZAR, SEGÚN FUNCIONES	Escribir el cargo que desempeña el empleado y bajo el cual se afianzará.
MONTO QUE MANEJA	Anotar el monto que maneja el funcionario o empleado. Según instructivo.



RH 16.06

No. _____

MEMORANDUM

PARA: Jefe de la Unidad de Administración de Recursos Humanos

DE : Director de Establecimiento.

FECHA : ___ de _____ de 201__

En atención a su Memorándum No. _____ de fecha _____, adjunto a la presente, Solicitud de Compra, Cuadro Consolidado de cargos a afianzar y Detalle de personal a afianzar, para el período comprendido _____.

Lo anterior, con la finalidad que se gestione la adquisición de Fianzas correspondientes.

DIOS UNION LIBERTAD



RH 16.07

MODELO DE ACUERDO INTERINO PARA EL PERSONAL QUE RINDE FIANZA.

Municipio, ___ de _____ del 201__

NOMBRAMIENTO INTERINO

ACUERDO No. ___

El Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud, con fundamento en el Art. 2 de la Ley de Salarios para el ejercicio 201__, Decreto Legislativo N° __, publicado en el Diario Oficial N° __, tomo ___ de fecha ___ de _____ de 201__, Art. 79 de las Disposiciones Generales del Presupuesto, Art. 18 de la Ley del Servicio Civil y Art. 22 del Reglamento Interno de la Unidad y Departamentos de Recursos Humanos del Ministerio de Salud y por necesidades en el servicio, ACUERDA: Nombrar Interinamente en Ley de Salarios por un período de prueba de tres meses, a (NOMBRE DEL EMPLEADO), en cargo de _____, en la Región de Salud _____ u Hospital Nacional _____. Con las siguientes funciones específicas detalladas en el Manual Descriptivo de Clases: (Detallarlas en caso que el cargo no exista en el Manual). El funcionario o empleado antes de tomar posesión de su cargo, deberá rendir fianza a favor de la institución, de conformidad a la ley. Unidad Presupuestaria : 0__
Línea de Trabajo : 0__
Código Presupuestario : 201__

**NOMBRE DEL FUNCIONARIO O EMPLEADO
CARGO**

NIT:

NUP/INPEP o NOMBRE DE AFP:

Durante el periodo comprendido del _____ de 201__ al _____ de 201__

Autorización emitida por el MINISTERIO DE SALUD O MINISTERIO DE HACIENDA N° ____ de fecha _____ de 201__

PART.	SUBNo.	CAT.	SUELDO INDIVIDUAL	SUELDO BÁSICO	SUELDO MÁX. CON ESCALAFÓN
x	x	xx	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Se autoriza a la Pagaduría Auxiliar de Remuneraciones Regional o Tesorería del Hospital, para que pague al referido (funcionario o empleado) el sueldo antes mencionado de la Ley de Salarios, con cargo al Fondo General. COMUNÍQUESE.

DIOS UNIÓN LIBERTAD

Profesión y Nombre
Titular del Ramo o Director de Hospital



RH 16.08

MODELO DE ACUERDO EN PROPIEDAD PARA EL PERSONAL QUE RINDE FIANZA.

Municipio, ___ de _____ del 201__

NOMBRAMIENTO EN PROPIEDAD

ACUERDO No. ___

El Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud, con fundamento en el Art. 2 de la Ley de Salarios para el ejercicio 201__, Decreto Legislativo N° __, publicado en el Diario Oficial N° __, tomo ___ de fecha ___ de _____ de 201__, Art. 79 de las Disposiciones Generales del Presupuesto, Art. 18 de la Ley del Servicio Civil y Art. 22 del Reglamento Interno de la Unidad y Departamentos de Recursos Humanos del Ministerio de Salud y por necesidades en el servicio, ACUERDA: Nombrar en propiedad por Ley de Salarios, a (NOMBRE DEL EMPLEADO), en cargo de _____,

en la Región de Salud _____ u Hospital Nacional _____. Con las siguientes funciones específicas detalladas en el Manual Descriptivo de Clases: (Detallarlas en caso que el cargo no exista en el Manual). El funcionario o empleado antes de tomar posesión de su cargo, deberá rendir fianza a favor de la institución, de conformidad a la ley.

Unidad Presupuestaria : 0__

Línea de Trabajo : 0__

Código Presupuestario : 201__

NOMBRE DEL FUNCIONARIO O EMPLEADO

CARGO

NIT:

NUP/INPEP o NOMBRE DE AFP:

A partir del ___ de _____ 201__

Autorización emitida por el MINISTERIO DE SALUD O MINISTERIO DE HACIENDA N° ___ de fecha _____ de 201__

PART.	SUBNo.	CAT.	SUELDO INDIVIDUAL	SUELDO BÁSICO	SUELDO MÁX. CON ESCALAFÓN
x	x	xx	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Se autoriza a la Pagaduría Auxiliar de Remuneraciones Regional o Tesorería del Hospital, para que pague al referido (funcionario o empleado) el sueldo antes mencionado de la Ley de Salarios, con cargo al Fondo General. COMUNÍQUESE.

DIOS UNIÓN LIBERTAD



Profesión y Nombre
Titular del Ramo o Director de Hospital

RH 16.09

MODELO DE ACUERDO DE ASIGNACIÓN DE FUNCIONES PARA EL PERSONAL QUE RINDE FIANZA.

Municipio, ___ de _____ de 201__.

ACUERDO DE ASIGNACIÓN DE FUNCIONES PARA RENDIMIENTO DE FIANZA

No_____.

El Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud y de conformidad con dispuesto en los Artículos 79 y 103 de las Disposiciones Generales del Presupuesto, 104 de la Ley de la Corte de Cuentas de la República y 115 del Reglamento de la Ley AFI, ACUERDA: Asignar las funciones a los funcionarios y empleados de (Nombre del establecimiento), que rindan fianza durante el período comprendido del ___ de ___ al ___ de ___ de 201__, de tal manera que les permita responder razonablemente por el cumplimiento de sus funciones, de conformidad a los nombres y cargos que se detallan a continuación:

Unidad Presupuestaria : 0__
Línea de Trabajo : 0__
Código Presupuestario : 201__

Nombre del funcionario o empleado: _____
Cargo Nominal: _____
Cargo a afianzar: _____
Dependencia _____ . (En el caso de las Regiones de Salud)

PART.	SUBNo.	CAT.	SALARIO	PERIODO DE PAGO
__	__	__	\$ _____	Mensual

COMUNIQUESE.-

DIOS UNIÓN LIBERTAD



**NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR DEL RAMO
O DIRECTOR DE HOSPITAL**

RH 18.01

**18. TRAMITE DE DECLARACION JURADA DEL ESTADO DEL
PATRIMONIO DE LOS FUNCIONARIOS Y EMPLEADOS**

No. _____

MEMORANDUM

PARA : **Empleado y Funcionario**

DE : **Jefe Departamento de Recursos Humanos**

FECHA : ____ de _____ de _____

Con el propósito de dar cumplimiento a los Art. 2, 3 y 5 de la Ley sobre el Enriquecimiento Ilícito de Funcionarios y Empleados Públicos que administran o manejan fondos públicos, solicito a usted presentar Declaración Jurada del Estado de su Patrimonio, personalmente a la Sección de Probidad de Corte Suprema de Justicia, dentro de sesenta días posteriores a la toma de posesión de su cargo y cese de sus funciones. Asimismo deberá remitir copia al Departamento de Recursos Humanos del comprobante de presentación de Declaración Jurada de Patrimonio extendida por la Sección de Probidad de la Corte Suprema de Justicia, a más tardar cinco días hábiles de haber sido extendida.

Atentamente,

DION UNIÓN LIBERTAD

RH 18.02



FORMULARIO DE DECLARACION JURADA DE PATRIMONIO

CORTE SUPREMA DE JUSTICIA

SECCIÓN DE PROBIDAD

LEY SOBRE EL ENRIQUECIMIENTO ILÍCITO DE FUNCIONARIOS Y EMPLEADOS PÚBLICOS

DECLARACIÓN JURADA DE PATRIMONIO

ELABORAR EN MÁQUINA O CON LETRA DE MOLDE MAYÚSCULA Y UTILIZAR TINTA COLOR NEGRO

TIPO DE DECLARACIÓN (MARQUE CON UNA "X")	Toma de posesión <input type="checkbox"/>	Actualización <input type="checkbox"/>	Cese de funciones <input type="checkbox"/>
---	---	--	--

1. INFORMACIÓN PERSONAL (Agregar fotocopia de DUI y NIT del declarante)

Apellidos: _____	Nombres: _____
Cargo: _____	Institución: _____
Función principal: _____	
Edad: _____ años.	Estado familiar: _____
Domicilio: _____	
Dirección: _____	
D.U.I.: _____	N.I.T.: _____
Tel.: _____	
Profesión u oficio: _____	Salario/dietas mensual: \$ _____
Fecha de toma de posesión: _____	Fecha de cese de funciones: _____

2. INFORMACIÓN PATRIMONIAL

Antes de proporcionar la información patrimonial, consulte el apartado 4 de este formulario.

A) BALANCE DE SITUACIÓN PATRIMONIAL AL DÍA _____ DE _____ DE _____
 (Para funcionarios entrantes el día, mes y año de su toma de posesión y para los salientes el de cese de funciones)

CONCEPTOS	DECLARANTE	GRUPO FAMILIAR (CÓNYUGE E HIJOS)	TOTAL GENERAL (CONSOLIDADO)
ACTIVO	US \$ (Dólares)	US \$ (Dólares)	US \$ (Dólares)
Efectivo en caja, bancos y otros			
Bienes muebles			
Bienes inmuebles			
Cuentas por cobrar			
Otros activos e inversiones			
TOTAL ACTIVO			
PASIVO	US \$ (Dólares)	US \$ (Dólares)	US \$ (Dólares)
Deudas			
Otros pasivos			
TOTAL PASIVO			
PATRIMONIO LÍQUIDO (ACTIVO MENOS PASIVO)			
TOTAL: (PASIVO MÁS PATRIMONIO LÍQUIDO)			

Su cónyuge posee patrimonio propio Sí ___ No ___ Tiene ingresos y gastos Sí ___ No ___
 Sus hijos poseen patrimonio Sí ___ No ___ Tienen ingresos y gastos Sí ___ No ___

Por su seguridad es importante no dejar casillas en blanco, si no aplica en alguna de ellas favor colocar N/A (No Aplica)



B) CUADRO DE INGRESOS Y EGRESOS ANUALES

(Para funcionarios **entrantes** los ingresos y gastos serán **proyectados** para el año siguiente a la toma de posesión, para los **salientes** los ingresos y gastos serán los **realizados** en el año anterior al cese de funciones)

CONCEPTOS	DECLARANTE	GRUPO FAMILIAR (CÓNYUGE E HIJOS)	TOTAL GENERAL (CONSOLIDADO)
INGRESOS ANUALES	US \$ (Dólares)	US \$ (Dólares)	US \$ (Dólares)
Salarios			
Diets			
Aguinaldo, vacaciones, sobresueldos, indemnizaciones, pensiones, etc.			
* Otras rentas: honorarios, alquileres, intereses, dividendos, agricultura y ganadería, etc.			
TOTAL INGRESOS	US \$ (Dólares)	US \$ (Dólares)	US \$ (Dólares)
EGRESOS ANUALES			
Gastos de vida: alimentación, vestuario, salud, educación, etc.			
Amortizaciones de deudas			
Otros gastos (ISSS, APP, IMPUESTOS Y OTROS)			
TOTAL EGRESOS			
TOTAL INGRESOS MENOS EGRESOS <small>(SI EL RESULTADO ES NEGATIVO ENCERRAR ENTRE PARÉNTESIS)</small>			

* Declarar en anexo el origen de las cuentas que componen este rubro y agregar la documentación que las respalde.

3. JURAMENTO

En cumplimiento de lo prescrito por la Constitución y Leyes de la materia, **DECLARO BAJO JURAMENTO**: Que los datos referentes a mi patrimonio y el de mi familia contenidos en este formulario y en sus anexos, según mi leal saber y entender, constituyen una información verdadera, exacta y completa; por lo que me someto a las leyes de la República que sancionan la falsedad de esta declaración y sus anexos.

_____ de _____ de _____ año

Lugar

día

mes

año

Nombre y firma: _____

Para que esta declaración jurada de patrimonio sea válida, es indispensable que esté firmada por el declarante.

4. INFORMACIÓN QUE DEBERÁ SER SUSTENTADA EN ANEXOS

1	Grupo Familiar (Cónyuge e hijos): Declarar nombre, edad, profesión u oficio, D.U.I. y N.I.T., aunque no posean patrimonio ni ingresos.
2	Efectivo en Caja, Bancos y otras instituciones: Es la disponibilidad en caja y bancos (cuentas de ahorro, corrientes y depósitos a plazo, etc.). Si se trata de cuentas de bancos, proporcionar nombre de la institución, datos de referencias, tipo de cuenta, montos, plazos y cualquier otro dato necesario.
3	Bienes Muebles: Comprende los bienes que el declarante posee en su casa de habitación, en su negocio u oficina, se incluye además vehículos, obras de arte, etc. En caso que se posean muebles que unitariamente valgan más de \$ 11,428.57, deben detallarse.
4	Bienes Inmuebles: Incluyen casas, terrenos, haciendas, fincas, apartamentos y todo lo que indique propiedad inmobiliaria, ya sea en forma individual, en proindivisión o como usufructuario. Especificar: inscripción, extensión, naturaleza, cultivo, valor actual, renta, producción, tipo de construcción, ubicación, etc., de cada uno de los inmuebles.
5	Cuentas por Cobrar: Son valores que le deben al declarante como ventas al crédito, servicios profesionales pendientes de cobro o cualquier otro derecho que pueda cobrar, etc. Especificar deudor, monto, plazo, garantía, tipo de interés, forma de pago, origen del crédito, etc.
6	Otros Activos e Inversiones: En este rubro se incluyen hatos de ganado, inversiones en negocios propios, títulos valores como acciones y bonos. Si son acciones debe proporcionar nombre de la Sociedad, N° de acciones, valor nominal, contable y comercial, etc.
7	Deudas: Son todas las cuentas y documentos por pagar a corto, mediano y largo plazo a cargo del declarante. Proporcionar nombre del acreedor, monto otorgado, saldo actual, plazo, garantía, tipo de interés, forma de pago, origen de la deuda, etc.
8	Otros Pasivos: Cualquier otra obligación que pese sobre el patrimonio del declarante como: créditos de avío, impuestos, deudas no documentadas o resultantes de alguna firma solidaria, créditos educativos, pólizas de seguro, etc.
9	Variación de Patrimonio. Incremento: Debe justificarse todo incremento patrimonial, habido durante el período de funciones como plusvalía y mejora de inmuebles, herencias, loterías, superávit de ingresos, etc. Disminución: Es necesario explicarla.

NOTA: Si desea información adicional puede, llamar a los teléfonos: 2271-8888 y 2231-8300 extensiones 1108 y 2010 ó consulte al funcionario enlace de su Institución.

A continuación se presenta esta información también

1. ANEXO DE GRUPO FAMILIAR

a. **Cónyuge: Lilia**
Edad
Profesión
Domicilio
N.I.T.
D.U.I.
Salario Mensual
Pagado por

b. **Hijo: Isabel R**
Edad
Profesión
Domicilio
N.I.T.
D.U.I.

2. ANEXO DE EFECTIVO

a. Cuenta de ahorro agosto del 2001

b. Cuenta corriente y actualmente ti

3. ANEXO DE BIENES

a. Vehículo Toyota

b. Muebles de casa

c. Equipo profesio

4. ANEXO DE BIENES

a. Inmueble urbano en 1980, extensión Juan Pérez al No de \$ 1,000.00 m

b. Casa ubicada en extensión 400 V Rosales de Pérez la familia. Tiene

c. Finca de Café de Pérez y Américo de \$ 30,000.00 y tercera parte:

5. ANEXO DE CUENTAS

a. El señor Carlos vencimiento el 3

b. He dado mercad plazo de 12 mes

c. El Ministerio de

6. ANEXO DE OTROS ACTIVOS E INVERSIONES:

a.	Diez Cédulas Hipotecarias emitidas por Banco Hipotecario de \$ 100 c/u emitidas en 2005 para un plazo de 5 años, con un interés del 12% anual	\$ 1,000.00
b.	Certificado de depósito en Scotiabank que vence el dos de enero de 2009 con un interés anual del 11%, valor de	\$ 500.00
c.	Dos acciones del Banco Cuscatlán con un valor nominal de \$ 25.00 y su valor contable de \$ 50.00 c/u	\$ 3,100.00
	TOTAL	\$ 4,600.00

7. ANEXO DE DEUDAS Y OTROS PASIVOS:

1.	Le debo al Banco Hipotecario una deuda original de \$ 8,000.00 otorgada en 2002, al 12 % anual, garantizado por mi casa, ubicada en avenida Los Lagartos No. 15 San Salvador, pagadera por cuotas anuales de \$ 150.00 c/u que vence en 2007 y un saldo a la fecha de	\$ 1,200.00
2.	Deuda a favor de Didea, S.A. por \$ 10,000.00 otorgada el 01/01/2003 pagadera por cuotas mensuales de \$ 250.00 que vence en enero del 2009 y tiene un saldo actual de	\$ 2,800.00
	TOTAL	\$ 4,000.00

8. ANEXO DE OTRAS RENTAS ANUALES:

Intereses	\$ 1,035.00	Los intereses provienen de depósitos en cuenta de ahorro en el Banco Cuscatlán.
Honorarios	\$ 3,000.00	Originados por consultoría de proyectos hidroeléctricos en ANDA.
Dividendos	\$ 5,000.00	Recibidos por acuerdo de Junta Directiva por utilidades del 2005 y 2006.
Alquileres	\$ 12,000.00	Corresponden a contrato de arrendamiento con Pedro Ponce, de la casa ubicada en avenida La Floresta N° 12, colonia San Mateo, San Salvador.
TOTAL	\$ 21,035.00	

NOTA: En los ejemplos 2, 5, 6, 7 y 8, es necesario que adjunte comprobantes. En el caso del numeral 4, solamente si los bienes no se encontraren debidamente inscritos.

9. ANEXO DE VARIACIÓN DE PATRIMONIO (SÓLO PARA FUNCIONARIOS SALIENTES):

		MONTOS
1	Patrimonio líquido declarado al cese de funciones (Fecha: 30-IV-2,006)	\$ 50,000.00
2	Patrimonio líquido declarado al inicio de funciones (Fecha: 1°-V -2,003)	\$ 30,000.00
3	INCREMENTO PATRIMONIAL (1-2)	\$ 20,000.00
JUSTIFICACIÓN DE INCREMENTO		
4	Revaluación de inmuebles declarados al inicio y cese de funciones que no implique desembolso	\$ 10,000.00
5	Herencias o legados	\$ 5,000.00
6	Donaciones	\$ -----
7	Loterías y otros premios	\$ -----
8	Incremento en el valor de inversiones por capitalización, revalúo, u otras causas que no impliquen desembolso	\$ -----
9	Otros	\$ -----
10	TOTAL JUSTIFICADO (4+5+6+7+8+9)	\$ 15,000.00
11	POR JUSTIFICAR (3-10)	\$ 5,000.00

ANEXAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN

1. Justificación y prueba del revalúo
2. Declaración definitiva de heredero o tradición de legado
3. Escritura Pública de donación
4. Documento justificativo de loterías o cualquier otro premio
5. Explicación suficiente del incremento del valor de las inversiones
6. Cualquier otro documento que sirva para justificar el incremento lícito del patrimonio.

NOTA: En caso de disminución patrimonial que no esté de acuerdo con la relación de ingresos y egresos será necesario dar una explicación.



MODELO DE DETALLE DE EMPLEADOS Y FUNCIONARIOS QUE DEBEN RENDIR DECLARACION JURADA DE PATRIMONIO.

RH 18.03

ESTABLECIMIENTO: _____

DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Detalle de Empleados o Funcionarios, que deben rendir Declaración Jurada de Patrimonio.

No	Nombre del Empleado	Cargo	Fecha Inicio de Funciones	Función	NIT

Humanos

Profesión, Nombre y Firma Jefe Depto. de Recursos

RH 18.04



MODELO DE DETALLE DE EMPLEADOS Y FUNCIONARIOS QUE DEBEN RENDIR DECLARACION JURADA DE PATRIMONIO POR CESE DE FUNCIONES

ESTABLECIMIENTO: _____

DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Detalle de Empleados o Funcionarios, que deben rendir Declaración Jurada de Patrimonio por Cese de Funciones

No	Nombre del Empleado	Cargo	Fecha Cese de Funciones	Función	NIT

Humanos

Profesión, Nombre y Firma Jefe Depto. de Recursos



Raul Roberto Castillo Duran
DR. RAUL ROBERTO CASTILLO DURAN
DIRECTOR HOSPITAL SALDAÑA