



**UNIVERSIDAD VERACRUZANA**  
**SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS**  
**DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS**  
**SISTEMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

<b>NOMBRE DE LA FORMA</b>	FORMATO DE FORMULARIO DE DATOS DE FOTOCREDENCIALIZACIÓN (FUNCIONARIO, PERSONAL CONFIANZA Y PERSONAL DE ACADÉMICO)
<b>CLAVE DE LA FORMA</b>	<b>DGRH-PS-FI</b>
<b>OBJETIVO</b>	Elaborar la credencial de identificación para acreditar al FUNCIONARIO como derechohabiente activo del Servicio Médico Financiado de la Universidad Veracruzana. Manual.
<b>MEDIO QUE SE UTILIZA PARA SU LLENADO</b>	Cada vez que se requiera.
<b>FRECUENCIA</b>	
<b>RESTRICCIONES</b>	Nula, si el formato se presenta incompleto, con datos alterados (tachaduras o enmendaduras), carente de firmas de autorización o no cumple con la normatividad.
<b>No. DE EJEMPLARES</b>	Original y copia.
<b>DESTINO Y USO</b>	<b>ORIGINAL:</b> Dirección General de Recursos Humanos (Sistema de Atención Integral a la Salud).- Para su trámite de elaboración de CREDENCIAL del servicio médico (anexando documentos) <b>COPIA:</b> Interesado.- Como constancia de recibido.

**PARA SU LLENADO**

**EN DONDE DICE**

**SE ANOTARÁ**

<b>FUNCIONARIO, PERSONAL CONFIANZA Y PERSONAL DE ACADÉMICO</b>	Y	Marcar con una X el tipo de personal que hará el trámite de fotocredencialización.
<b>FECHA DE RECEPCIÓN</b>		El día, mes y año de elaboración de la forma.
<b>FOTO</b>		Adherir foto a color tamaño infantil del EMPLEADO.
<b>TRABAJADOR</b>		
<b>NÚMERO DE PERSONAL</b>		El número asignado por la Dirección General de Recursos Humanos a cada empleado al ingresar a la Universidad Veracruzana.
<b>APELLIDO PATERNO, NOMBRE(S)</b>	<b>MATERNO,</b>	El apellido paterno, materno y nombre(s) conforme al acta de nacimiento del trabajador.
<b>CLAVE DEPENDENCIA</b>		La correspondiente de acuerdo al catálogo de Entidades Académicas o Dependencias.
<b>DEPENDENCIA</b>		El nombre de la Entidad Académica o Dependencia que corresponda.
<b>DOMICILIO ACTUAL (CALLE Y NÚMERO)</b>		El nombre de la calle y número que corresponda a su domicilio.
<b>COLONIA</b>		El nombre de la colonia según corresponda a su domicilio.
<b>CIUDAD DONDE RESIDE</b>		El nombre de la Ciudad que corresponda de donde reside.
<b>CÓDIGO POSTAL</b>		El que corresponda según la ubicación del domicilio.
<b>SEXO</b>		Marcar con una X según corresponda.



**UNIVERSIDAD VERACRUZANA**  
**SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS**  
**DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS**  
**SISTEMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD**

<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	El día, mes y año de nacimiento conforme al acta de nacimiento del trabajador.
<b>TELÉFONO PARTICULAR</b>	El número que corresponda a su teléfono particular o de su casa.
<b>TELÉFONO CELULAR</b>	El número que corresponda a su teléfono celular.
<b>SI FUE DEPENDIENTE ECONÓMICO ANOTE EL NÚMERO DE CLAVE ÚNICA</b>	El número asignado por la Dirección General de Recursos Humanos como Dependiente Económico a la Universidad Veracruzana.
<b>EN CASO AFIRMATIVO, ANOTE LOS DATOS DEL TRABAJADOR QUE LO TENÍA REGISTRADO (PARENTESCO)</b>	
<b>NÚMERO DE PERSONAL</b>	El que corresponda: HIJO(A), ESPOSO(A), PADRE, MADRE, CONCUBINARIO O CONCUBINA. El número asignado por la Dirección General de Recursos Humanos a cada empleado al ingresar a la Universidad Veracruzana.
<b>APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)</b>	El apellido paterno, materno y nombre(s) conforme al acta de nacimiento del trabajador.
<b>CLAVE DEPENDENCIA</b>	La correspondiente de acuerdo al catálogo de Entidades Académicas o Dependencias.
<b>DEPENDENCIA</b>	El nombre de la Entidad Académica o Dependencia que corresponda.
<b>ANEXAR DOCUMENTOS</b>	Entregar copia de los documentos descritos.
<b>OBSERVACIONES</b>	Las que se considere necesario.
<b>FIRMA</b>	La firma autógrafa del empleado.