



"2015, CENTENARIO LUCTUOSO DEL GENERAL JOSÉ DE LA  
CRUZ PORFIRIO DÍAZ MORI", "SOLDADO DE LA PATRIA".

SUBDIRECCIÓN: GENERAL DE ADMON. Y FINANZAS  
DIRECCIÓN: DE ADMINISTRACIÓN  
UNIDAD: DE SERVICIOS AL PERSONAL  
DEPARTAMENTO: RELACIONES LABORALES

### CIRCULAR No.003

Oaxaca de Juárez, Oax., 10 de enero 2015.

**CC. SUBDIRECTOR GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD,  
SUBDIRECTOR GENERAL DE INNOVACIÓN Y CALIDAD,  
SUBDIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS,  
COORDINADORES GENERALES, DIRECTORES DE ÁREA,  
JEFES DE JURISDICCIÓN, DIRECTORES DE HOSPITALES,  
JEFES DE UNIDAD, JEFES DE DEPARTAMENTO Y  
DIRECTORES DE CENTROS DE SALUD.  
P R E S E N T E.**

Para dar cumplimiento a lo establecido por el artículo 220, párrafo tercero, de las Condiciones Generales de Trabajo vigentes de este Organismo, el cual prevé el Estímulo Económico por el Desempeño y Productividad en el Trabajo otorgado en VALES DE DESPENSA, correspondiendo para este ejercicio la cantidad de \$701.00(setecientos un pesos 00/100 M.N.) para los trabajadores de este Organismo, informo a ustedes que para estar en posibilidades de hacer entrega de estos vales, en tiempo y forma deberán sujetarse a las bases establecidas por el Reglamento para Evaluar al Personal de Base de la Secretaría de Salud por su Desempeño y Productividad en el Trabajo.

En tal virtud, siguiendo el orden que refiere el citado Reglamento, es requisito indispensable para poder evaluar y dictaminar los estímulos de referencia en cada centro dar cumplimiento a lo siguiente:

- 1.- Integrar la Comisión Mixta de Evaluación, apegándose para tal efecto a lo previsto por el artículo 11 del Reglamento de Productividad de la Secretaría de Salud.
- 2.- Remitir al Departamento de Relaciones Laborales, a partir de la fecha y hasta el 28 de enero del año en curso, el Acta de Instalación de la citada Comisión.
- 3.- Enviar Plantilla actualizada del personal que labora físicamente en cada centro de trabajo; de forma impresa y electrónica "USB", validada por la Comisión, misma que deberá ser elaborada por orden alfabético, R.F.C., nombre completo, clave presupuestal, sección sindical a la que pertenece y centro de responsabilidad, considerando por separado personal de base y personal regularizado.

Es importante hacer énfasis, que de conformidad con lo que establece el artículo 30 del Reglamento en cuestión, en el caso de que en un centro de trabajo no cuente con un mínimo de 20 trabajadores, estos podrán sumarse con otros centros de trabajo, que dependan del mismo responsable con el objeto de que se garantice la participación de todos los trabajadores.

CRFH\*ROMG\*NAP\*SICG\*isv



## Servicios de Salud de Oaxaca

2010 - 2016

OAXACA



"2015, CENTENARIO LUCTUOSO DEL GENERAL JOSÉ DE LA  
CRUZ PORFIRIO DÍAZ MORI", "SOLDADO DE LA PATRIA".

SUBDIRECCIÓN: GENERAL DE ADMON. Y FINANZAS  
DIRECCIÓN: DE ADMINISTRACIÓN  
UNIDAD: DE SERVICIOS AL PERSONAL  
DEPARTAMENTO: RELACIONES LABORALES

-2-

Por lo que de acuerdo con esta disposición, no resulta necesario que los trabajadores de un mismo centro de trabajo pertenezcan a una sola sección sindical, para participar en la selección del personal que se hace acreedor al Estimulo por Productividad en el Trabajo, de igual manera resulta importante mencionar que de conformidad con los lineamientos que establece el artículo 28 del Reglamento en cita, el cual puntualiza que el referido estímulo no podrá ser otorgado por preferencias, amistad, ni a condiciones de azar, ni dejará de evaluarse al trabajador con derecho a ello por situaciones de menosprecio, enemistad o consigna.

En tal virtud es de vital importancia recalcar que, con el fin de que los trabajadores que se hagan acreedores al estímulo y reciban el pago oportuno, la Comisión Evaluadora sesione puntualmente a más tardar dentro de los cinco primeros días siguientes al mes que se evalúa, con el fin de que los Jefes de Recursos Humanos hagan entrega de la documentación correspondiente conforme a los anexos adjuntos a la presente circular, al Departamento de Relaciones Laborales a más tardar dentro de los 10 primeros días de cada mes evaluado, a partir del mes de febrero del año que transcurre.

Hago de su conocimiento que el retraso de la entrega de dicha información dará lugar a la aplicación de la Sanción Administrativa correspondiente.

Seguro de contar con su apoyo y comprensión, hago propicio el medio para enviarles un cordial saludo.

ATENTAMENTE  
SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN.  
"EL RESPETO AL DERECHO AJENO ES LA PAZ"  
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN DE LOS S.S.O.



SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA  
DIRECCIÓN DE  
ADMINISTRACIÓN

LIC. RUBÉN C. PORTILLO MIJANGOS.

C.f.p.-Dr. Germán de Jesús Tenorio Vasconcelos.- Secretario de Salud del Estado y Director General de los S.S.O.-Para su conocimiento.

L.E.-Rafael Pérez Gavilán Escalante.-Subdirector General de Administración y Finanzas de los S.S.O. Idem.

L. A.- Cesar Román Figueroa Hernández.-Jefe de la Unidad de Servicios al Personal.- Idem.

C. P.- María Soledad Mingüer.- Jefa del Depto. de Operación y Pagos. Idem.

Enf.- Constantino Mario Félix Pacheco.- Srio. General de la Sección Sindical No. 35 del S.N.T.S.A.- Idem.

C. Luis Gerardo Aguilar Gómez.- Secretario General de la Sección Sindical No. 94 del S.N.T.S.A.- Idem.

C. Adolfo Carrasco Martínez.- Secretario General de la Sección Sindical No. 73 del S.N.T.S.A.- Idem.

C. José Carlos Morales Cruz.- Secretario General de la Sección Sindical No. 71 del S.N.T.S.A.- Idem.

CRFH\*RCMO\*NAP\*SIGG\*isv

Violetas | No. 401 | Col. Reforma | C.P. 68050 | "2015: AÑO DEL CENTENARIO DE LA CANCIÓN MIXTECA"  
Oaxaca de Juárez, Oax. | Tel. (951) 51 349 51 Ext. 116

www.oaxaca.gob.mx

SECRETARIA DE SALUD EN EL ESTADO DE OAXACA  
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN

DEPARTAMENTO DE RELACIONES LABORALES

PROGRAMA DE DESEMPEÑO Y PRODUCTIVIDAD EN EL TRABAJO  
SOLICITUD DE DOTACIÓN DE VALES

NOMBRE DE LA UNIDAD: \_\_\_\_\_

CORRESPONDIENTE AL MES DE: \_\_\_\_\_

| N/P | R.F.C. | NOMBRE DEL TRABAJADOR Y SECCIÓN SINDICAL | EVALUACION FINAL (PUNTAJE) |
|-----|--------|--|----------------------------|
| 1.- |        |  |                            |
| 2.- |        |  |                            |
| 3.- |        |  |                            |
| 4.- |        |  |                            |
| 5.- |        |  |                            |

ATENTAMENTE  
SUFRAGIO EFECTIVO, NO REELECCIÓN  
EL RESPETO AL DERECHO AJENO ES LA PAZ

\_\_\_\_\_  
DIRECTOR DEL CENTRO DE TRABAJO O EQUIVALENTE  
CARGO, NOMBRE, Y FIRMA

NOTA: Firma autógrafa y sello oficial.

## MINUTA CIRCUNSTANCIADA.

En la Ciudad de-----, siendo las-----horas del día-----de  
-----del año-----, reunidos en el local que ocupa -----de los  
Servicios de Salud de Oaxaca, ubicada-----con el fin de dar  
cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 11 del Reglamento para evaluar y estimular al personal de la  
Secretaría de Salud por su Productividad en el Trabajo, los Integrantes de la Comisión de Evaluación por  
Desempeño y Productividad en el Trabajo representada por el Director General o Equivalente; por  
Coordinador Administrativo o equivalente correspondiente, por el responsable del área de recursos  
humanos respectivo , y por igual número de representantes de la Sección Sindical ,la Comisión se  
integrará por un representante de cada sección y, por representantes de autoridad hasta la paridad  
que se requiera, procedieron a seleccionar de conformidad con el Reglamento para evaluar y estimular al  
personal de la Secretaría de Salud por su productividad en el trabajo, a los trabajadores de más alto  
porcentaje, correspondiente al mes de -----, haciéndose acreedores los siguientes trabajadores:

| NOMBRE DE LOS TRABAJADORES | PORCENTAJE |
|----------------------------|------------|
|                            |            |
|                            |            |
|                            |            |
|                            |            |
|                            |            |
|                            |            |

Por lo que no habiendo otro asunto que tratar y no existiendo ningún otro inconveniente por parte del Comité,  
previa lectura de la presente acta se declara cerrada la misma, siendo las-----horas del día de su emisión ,  
firmando al calce los que en ella intervinieron, damos fe.-----

(FIRMAN LOS INTEGRANTES DE LA COMISION)

### REPRESENTACION OFICIAL

\_\_\_\_\_  
DIRECTOR O EQUIVALENTE

\_\_\_\_\_  
COORD. ADMVO. O EQUIVALENTE

\_\_\_\_\_  
JEFE DE REC. HUMANOS O  
EQUIVALENTE

### REPRESENTACION SINDICAL

DELEGADO SECCIÓN SINDICAL No. \_\_\_\_\_

DELEGADO SECCIÓN SINDICAL No. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
SECRETARIO TÉCNICO

NOTA: Se anotara de acuerdo al orden jerárquico de la autoridad que representa el centro de trabajo, así como las secciones sindicales existentes, con  
firmas autógrafas de los integrantes de la comisión y sello oficial.

# FORMATO DE CEDULA DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO-PRODUCTIVIDAD

## DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA

ENTIDAD: SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA

SUBDIRECCIÓN: GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

DIRECCIÓN: DE ADMINISTRACIÓN

UNIDAD: DE SERVICIOS AL PERSONAL

JEFATURA DE DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_

MES QUE SE EVALÚA: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_

## DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR:

NOMBRE: \_\_\_\_\_ RFC: \_\_\_\_\_

CLAVE Y CÓDIGO FUNCIONAL: \_\_\_\_\_

JORNADA DE TRABAJO: \_\_\_\_\_ HORARIO: \_\_\_\_\_

DÍAS ECONÓMICOS DISFRUTADOS EN EL MES: \_\_\_\_\_ INASISTENCIAS EN EL MES: \_\_\_\_\_

DÍAS DE VACACIONES EN EL MES: \_\_\_\_\_ LICENCIAS POR MATRIMONIO: SI ☐ NO ☐

DESCANSO ANUAL EXTRAORDINARIO POR LABORAR EN ÁREA NOCIVO-PELIGROSA: SI ☐ NO ☐

DÍAS DISFRUTADOS EN EL MES POR LICENCIAS CON O SIN GOCE DE SUELDO: \_\_\_\_\_

COMISIÓN SINDICAL: SI ☐ NO ☐

COMISIÓN EXTERNA CON O SIN GOCE DE SUELDO: SI ☐ NO ☐

LICENCIA POR CARGO DE ELECCIÓN POPULAR: SI ☐ NO ☐

LICENCIA POR PUESTO DE CONFIANZA EN LA SSA: SI ☐ NO ☐

LICENCIA POR CURSAR RESIDENCIA MÉDICA: SI ☐ NO ☐

LICENCIA POR DISFRUTE DE BECA: SI ☐ NO ☐

AUTORIZACIÓN DE TOLERANCIA EN UNA HORA DE GUARDERÍA: SI ☐ NO ☐

RETARDOS CON TOLERANCIA EN UNA HORA DE GUARDERÍA: SI ☐ NO ☐

RETARDOS CON TOLERANCIA EN EL MES: SI ☐ NO ☐

RETARDOS MENORES EN EL MES: SI ☐ NO ☐

RETARDOS MAYORES EN EL MES: SI ☐ NO ☐

HORAS DE SALIDA AUTORIZADAS EN EL MES: \_\_\_\_\_ AMONESTACIÓN EN EL MES: \_\_\_\_\_

EXTRAÑAMIENTOS EN EL MES: \_\_\_\_\_ NOTAS MALAS EN EL MES: \_\_\_\_\_

EL TRABAJADOR FUE SUSPENDIDO EN EL SUELDO Y FUNCIONES EN EL MES: SI ☐ NO ☐

## CALIFICACIÓN DE FACTORES

|   | FACTORES | CALIFICACIÓN (PUNTOS) |
|---|----------|-----------------------|
| EFICACIA                                  | _____    | _____                 |
| EFICIENCIA                                | _____    | _____                 |
| INTENSIDAD                                | _____    | _____                 |
| CALIDAD                                   | _____    | _____                 |
| DILIGENCIA                                | _____    | _____                 |
| RESPONSABILIDAD                           | _____    | _____                 |
| DISCIPLINA                                | _____    | _____                 |
| ASISTENCIA                                | _____    | _____                 |
| PUNTUALIDAD                               | _____    | _____                 |
| PERMANENCIA                               | _____    | _____                 |
|   | TOTAL:   | _____                 |
| CARGO, NOMBRE Y FIRMA DEL EVALUADOR _____ |          |                       |

## DICTAMEN DE LA COMISIÓN DE EVALUACIÓN PERMANENTE

ESTE TRABAJADOR SE HA HECHO ACREEDOR(A) AL ESTIMULO POR PRODUCTIVIDAD Y DESEMPEÑO EN EL TRABAJO POR LA CANTIDAD DE \$701.00 (SETECIENTOS UN PESOS 00/100 M.N.)

## NOMBRE Y FIRMA DE LOS INTEGRANTES DE LA COMISIÓN DE EVALUACIÓN PERMANENTE

|  |                                     |                            |
|--|-------------------------------------|----------------------------|
| EL SECRETARIO TÉCNICO                                | DIRECTOR DE LA UNIDAD O EQUIVALENTE | EL AUXILIAR DEL SECRETARIO |
| _____  | _____                               | _____                      |
| LOS REPRESENTANTES DE LA (S) SECCIÓN(ES) SINDICALES. |                                     |                            |
| _____  | _____                               | FECHA: _____               |

# FORMATO DE CEDULA DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO-PRODUCTIVIDAD

## DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA

ENTIDAD: SERVICIOS DE SALUD DE OAXACA

SUBDIRECCIÓN: GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

DIRECCIÓN: DE ADMINISTRACIÓN

UNIDAD: DE SERVICIOS AL PERSONAL

JEFATURA DE DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_

MES QUE SE EVALÚA: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_

## DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR:

NOMBRE: \_\_\_\_\_ RFC: \_\_\_\_\_

CLAVE Y CÓDIGO FUNCIONAL: \_\_\_\_\_

JORNADA DE TRABAJO: \_\_\_\_\_ HORARIO: \_\_\_\_\_

DÍAS ECONÓMICOS DISFRUTADOS EN EL MES: \_\_\_\_\_ INASISTENCIAS EN EL MES: \_\_\_\_\_

DÍAS DE VACACIONES EN EL MES: \_\_\_\_\_ LICENCIAS POR MATRIMONIO: SI ☐ NO ☐

DESCANSO ANUAL EXTRAORDINARIO POR LABORAR EN ÁREA NOCIVO-PELIGROSA: SI ☐ NO ☐

DÍAS DISFRUTADOS EN EL MES POR LICENCIAS CON O SIN GOCE DE SUELDO: \_\_\_\_\_

COMISIÓN SINDICAL: SI ☐ NO ☐

COMISIÓN EXTERNA CON O SIN GOCE DE SUELDO: SI ☐ NO ☐

LICENCIA POR CARGO DE ELECCIÓN POPULAR: SI ☐ NO ☐

LICENCIA POR PUESTO DE CONFIANZA EN LA SSA: SI ☐ NO ☐

LICENCIA POR CURSAR RESIDENCIA MÉDICA: SI ☐ NO ☐

LICENCIA POR DISFRUTE DE BECA: SI ☐ NO ☐

AUTORIZACIÓN DE TOLERANCIA EN UNA HORA DE GUARDERÍA: SI ☐ NO ☐

RETARDOS CON TOLERANCIA EN UNA HORA DE GUARDERÍA: SI ☐ NO ☐

RETARDOS CON TOLERANCIA EN EL MES: SI ☐ NO ☐

RETARDOS MENORES EN EL MES: SI ☐ NO ☐

RETARDOS MAYORES EN EL MES: SI ☐ NO ☐

HORAS DE SALIDA AUTORIZADAS EN EL MES: \_\_\_\_\_ AMONESTACIÓN EN EL MES: \_\_\_\_\_

EXTRAÑAMIENTOS EN EL MES: \_\_\_\_\_ NOTAS MALAS EN EL MES: \_\_\_\_\_

EL TRABAJADOR FUE SUSPENDIDO EN EL SUELDO Y FUNCIONES EN EL MES: SI ☐ NO ☐

## CALIFICACIÓN DE FACTORES

|   | FACTORES | CALIFICACIÓN (PUNTOS) |
|---|----------|-----------------------|
| EFICACIA                                  | _____    | _____                 |
| EFICIENCIA                                | _____    | _____                 |
| INTENSIDAD                                | _____    | _____                 |
| CALIDAD                                   | _____    | _____                 |
| DILIGENCIA                                | _____    | _____                 |
| RESPONSABILIDAD                           | _____    | _____                 |
| DISCIPLINA                                | _____    | _____                 |
| ASISTENCIA                                | _____    | _____                 |
| PUNTUALIDAD                               | _____    | _____                 |
| PERMANENCIA                               | _____    | _____                 |
|   | TOTAL:   | _____                 |
| CARGO, NOMBRE Y FIRMA DEL EVALUADOR _____ |          |                       |

### DICTAMEN DE LA COMISIÓN DE EVALUACIÓN PERMANENTE

ESTE TRABAJADOR SE HA HECHO ACREEDOR(A) AL ESTIMULO POR PRODUCTIVIDAD Y DESEMPEÑO EN EL TRABAJO POR LA CANTIDAD DE \$701.00 (SETECIENTOS UN PESOS 00/100 M.N.)

### NOMBRE Y FIRMA DE LOS INTEGRANTES DE LA COMISIÓN DE EVALUACIÓN PERMANENTE

EL SECRETARIO TÉCNICO

DIRECTOR DE LA UNIDAD O EQUIVALENTE

EL AUXILIAR DEL SECRETARIO

LOS REPRESENTANTES DE LA (S) SECCIÓN(ES) SINDICALES.

FECHA: \_\_\_\_\_