



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA EXPERIMENTAL LIBERTADOR

Manual de Normas y Procedimientos  
para la

**ADMINISTRACIÓN DE LOS BENEFICIOS  
SOCIOECONÓMICOS**

**ASISTENCIA Y SALUD PARA LOS (AS)  
TRABAJADORES(AS) DE LA UPEL**

**Volumen I:**

**MARZO 2016**  
**Resolución N° 2016-439-183**



Resolución 2016.439.183

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA EXPERIMENTAL LIBERTADOR  
CONSEJO UNIVERSITARIO

El Consejo Universitario de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador en uso de las atribuciones que le confiere el artículo 20, numeral 34, del Reglamento General de la Universidad.

**CONSIDERANDO**

Que la Universidad en su proceso de revisión y transformación continua, prevé el establecimiento formal de los instrumentos que permitan fortalecer y documentar el funcionamiento de las distintas áreas y procesos de la Organización.

**RESUELVE**

- Artículo 1:** Aprobar la Actualización del Manual de Normas y Procedimientos para la Administración de Beneficios Socioeconómicos, aspecto relacionado con el volumen I: Asistencia y Salud para los(as) trabajadores(as) de la UPEL. Este manual contiene la descripción secuencial de las actividades y acciones relacionadas con cada uno los procedimientos correspondientes a la afiliación, actualización y desincorporación del trabajador a los diversos beneficios socioeconómicos otorgados al mismo. (Anexo).
- Artículo 2:** Derogar de la Resolución n.º 2012.372.154 de fecha 14-03-2012, sólo lo relacionado a la Asistencia y Salud para los(as) trabajadores(as) de la UPEL.
- Artículo 3:** Realizar seguimiento y control a la implementación del Manual de Normas y Procedimientos para la Administración de Beneficios Socioeconómicos, aspecto relacionado con el volumen I: Asistencia y Salud para los(as) trabajadores(as) de la UPEL, a efectos de garantizar su evaluación y perfectibilidad.

Dado, firmado y sellado en el salón de sesiones del Consejo Universitario, en Caracas a los nueve días del mes de marzo de dos mil dieciséis.

Raúl López Sayago  
Rector



Maria Teresa Centeno de Algomeda  
Secretaria (e)



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

### PARTICIPACIÓN Y APROBACIÓN

#### Por la Dirección General de Personal

Lcdo. Vicente Losito Fernández  
**Director General de Personal**

T.S.U. Isabel Reyes Campos  
**Coordinadora Nacional (E) de Relaciones Laborales**

Abog. Yoneida López  
**Abogada Especialista**

#### Por la Dirección General de Planificación y Desarrollo

Dra. Miriam Quintana de Robles  
**Directora General de Planificación y Desarrollo**

Lcda. Gabis Martínez  
**Jefa (E) de la Unidad de Organización y Sistemas**

Lcda. Mayerlyn Parra  
**Analista de Organización y Sistemas**



Código: ASTT-00	Fecha de Vigencia: 09 MAR. 2016	Nº Actualización: 2	Fecha de Actualización: 09 MAR. 2016	Página: 2 / 93
--------------------	------------------------------------	------------------------	---	-------------------



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

### TABLA DE CONTENIDO

Base Legal.	4
Descripción del Proceso Administración de Beneficios Socioeconómicos.	5
Normas Generales.	6
Flujo Narrativo de los Procedimientos:	
- Solicitud de Afiliación al Sistema de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM), Ayuda por Fallecimiento, Seguro de Vida y Accidentes Personales para el Personal Docente, Administrativo y Obrero.	8
- Actualización del Registro de Afiliados al Seguro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM), Ayuda por Fallecimiento, Seguro de Vida y Accidentes Personales para el Personal Docente, Administrativo y Obrero.	31
- Desincorporación del (la) Afiliado(a) del Registro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM), Ayuda por Fallecimiento, Seguro de Vida y Accidentes Personales para el Personal Docente, Administrativo y Obrero.	37
- Solicitud de Activación del Fondo de Contingencia Médica para el Personal Docente, Administrativo y Obrero de la UPEL.	44
- Tramitación del Pago por Reembolso ante el Fondo de Contingencia Médica.	53
- Afiliación del (la) Trabajador(a) ante el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.	62
- Actualización del Registro del (la) Trabajador(a) Afiliado(a) ante el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.	65
- Tramitación del Egreso del (la) Trabajador(a) Afiliado ante Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.	72
- Tramitación de Incapacidad del (la) Trabajador(a) Afiliado(a) Expedido por el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.	74
- Tramitación de Factura de Cotizaciones ante el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.	77
- Control de Reposos Médicos.	80
- Glosario de Términos.	89



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.

### BASE LEGAL

- **Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.**  
Gaceta Oficial N° 5.453 Extraordinario de fecha 24 de Marzo de 2000.
- **Ley del Estatuto de la Función Pública.**  
Gaceta Oficial N° 37.522 de fecha 06 de Noviembre de 2002.
- **Ley Contra la Corrupción.**  
Gaceta N° 5.637 Extraordinario de fecha 07 de Abril de 2003.
- **Ley del Seguro Social.**  
Gaceta Oficial N° 39.912 de fecha 30 de Abril de 2012
- **Ley Orgánica de la Contraloría General de la República y del Sistema Nacional de Control Fiscal.**  
Gaceta Oficial N° 37.347 de fecha 17 de Diciembre de 2001.
- **Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos.**  
Gaceta Oficial N° 2.818 de fecha 1 de Junio de 1981.
- **Ley Orgánica del Trabajo de los Trabajadores y Trabajadoras.**  
Gaceta Oficial N° 6.076 Extraordinario del 7 de Mayo de 2012.
- **Reglamento General de la Ley de Carrera Administrativa.**  
Gaceta Oficial N° 4.332 Extraordinario del 31 de Octubre de 1991.
- **Reglamento de la Ley Orgánica del Trabajo.**  
Gaceta Oficial N° 38.528 del 22 de Septiembre de 2006.
- **Reglamento General de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador.**  
Gaceta Oficial N° 5.499 Extraordinario de fecha 10 de Noviembre de 2000.
- **Reglamento del Personal Académico de la UPEL.**  
Resolución N° 98.194.1504 de fecha 22 de Julio de 1998.
- **Tercera Acta Convenio de los Trabajadores Administrativos de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (Enero 1996).**
- **Convención Colectiva de Trabajo Suscrita en el Marco de una Reunión Normativa Laboral para los Trabajadores Administrativos de las Universidades Nacionales e Institutos y Colegios Universitarios (2008-2010).**
- **Normativa Laboral del Sector Obrero de la Educación Superior (2004-2006).**
- **Normativa Laboral del Sector Obrero de la Educación Superior (2008-2010).**
- **Contrato Colectivo del Personal Obrero de la UPEL (1991).**
- **Convención Colectiva del Personal Obrero al Servicio de las Universidades Nacionales y de las Oficinas Técnicas Auxiliares del Consejo Nacional de Universidades (1997-1999).**
- **IV y V Acta Convenio de Condiciones de Trabajo para el Personal Académico de la UPEL.**
- **Decreto Ley sobre Simplificación de Trámites Administrativos.**  
Gaceta Oficial N° 5.891 Extraordinario de fecha 31 de Julio de 2008.
- **Condicionado que regula las coberturas del HCM (2015).**
- **1era. Convención Colectiva Única de Trabajadores del Sector Universitario 2013-2014.**
- **2da. Convención Colectiva Única de Trabajadores del Sector Universitario 2015-2016.**

Código: ASTT-00	Fecha de Vigencia: 09 MAR. 2016	Nº Actualización: 2	Fecha de Actualización: 09 MAR. 2016	Página: 4 / 93
--------------------	------------------------------------	------------------------	---	-------------------



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

### Descripción del Proceso

Los Beneficios Socioeconómicos, comprende aquellos derechos que la UPEL reconoce a su personal Docente, Administrativo y Obrero, por si o por medio de terceros, que tienen como objeto mejorar su calidad de vida y la de su familia a cargo. Estos beneficios son de carácter obligatorio que van más allá de la remuneración normal y periódica que reciben los(as) trabajadores(as), los cuales se encuentran regidos por la normativa legal y la contratación colectiva vigente.

La Dirección General de Personal, debe brindar apoyo integral a los(as) trabajadores(as) de la UPEL y a su grupo familiar, propiciando los mecanismos necesarios para la asistencia requerida en los aspectos socioeconómicos, acordados en la contratación colectiva, normativas legales y las políticas establecidas por la Universidad. Asimismo, debe administrar y garantizar el cumplimiento de los beneficios socioeconómicos y asesorar en los Institutos Pedagógicos a las Dependencias responsables en esta materia.

Considerando, que los beneficios socioeconómicos abarcan varios aspectos e índoles, los mismos han sido distribuidos, de acuerdo a su naturaleza, en tres (3) volúmenes, que conforman un mismo manual. Siendo este el **volumen I**, el cual comprende la Administración de los Beneficios Socioeconómicos inherentes a la Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL tales como: afiliación al HCM, ayuda por fallecimiento, seguro de vida, inscripción en el IVSS, tramitación de incapacidad residual, entre otros; en atención a lo establecido en las disposiciones legales vigentes que rigen la materia, las normativas y acuerdos por tipo de personal, según corresponda.

Código: ASTT-00	Fecha de Vigencia: 09 MAR. 2016	Nº Actualización: 2	Fecha de Actualización: 09 MAR. 2016	Página: 5 / 93
--------------------	------------------------------------	------------------------	---	-------------------



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.

### Normas Generales

1. La Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL), otorgará a sus trabajadores(as) los beneficios socioeconómicos, establecidos en el contrato colectivo y actas convenios vigentes de cada tipo de personal.
2. La UPEL, a través de la Dirección General de Personal/ Unidad de Personal deberá ejecutar los procedimientos relacionados con los compromisos contractuales contraídos por la Universidad con sus trabajadores.
3. La Dirección General de Personal/ Unidad de Personal mediante la Coordinación Nacional de Relaciones Laborales / Sección de Relaciones Laboral-Social, es la dependencia responsable de orientar y suministrar la información relacionada a la administración de beneficios socioeconómicos contenidos en este Manual al personal de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador.
4. La Dirección General de Personal/ Unidad de Personal, mediante la Coordinación Nacional de Relaciones Laborales / Sección de Relaciones Laboral-Social, es la dependencia responsable de dar asesoría permanente en todo lo relacionado a beneficios socioeconómicos cuya aplicación se derive de lo establecido tanto en el marco jurídico como en el marco contractual, con el objeto de garantizar al trabajador el mejoramiento de su calidad de vida y la de su carga familiar.
5. Los beneficios socioeconómicos son aquellas facilidades, comodidades, ventajas y servicios que la Universidad ofrece a sus trabajadores. Estos beneficios pueden ser financiados total o parcialmente por la Universidad. Su función es mantener y aumentar la fuerza laboral dentro de un nivel satisfactorio de moral y productividad; así como también, ahorrarle esfuerzos y preocupaciones a los trabajadores y a su carga familiar.
6. El pago de los beneficios socioeconómicos contractuales al trabajador se hará de manera, especial o extraordinaria de acuerdo a la periodicidad que establezcan las disposiciones vigentes, considerando el tipo de personal (Docente, Administrativo y Obrero).
7. El beneficio de Hospitalización, Cirugía y Maternidad tiene como objetivo principal la prevención y atención de la salud del funcionario/trabajador universitario y sus familiares, cubriendo los gastos de asistencia médica y hospitalaria.

Código: ASTT-00	Fecha de Vigencia: 09 MAR. 2016	Nº Actualización: 2	Fecha de Actualización: 09 MAR. 2016	Página: 6 / 93
--------------------	------------------------------------	------------------------	---	-------------------



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

8. Son beneficiarios de la contingencia médica los trabajadores (Docentes, Administrativos y Obreros) y su respectiva carga familiar debidamente registrada en la Dirección General de Personal/ Unidad de Personal (Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social), que se encuentren afiliados al Sistema HCM convenido entre la Universidad y los trabajadores, según lo establecido en las respectivas Actas Convenio.
9. El personal Docente, Administrativo y Obrero que pertenezcan a la Universidad en condición de personal fijo y contratado se encuentra sujeto a la afiliación del Seguro Social Obligatorio y sus familiares.
10. La Universidad como sus empleados sujetos al Seguro Social Obligatorio, están en la obligación de pagar la parte de cotización que determine el Ejecutivo Nacional para unos y para otros.
11. La Universidad deberá entregar al Instituto Venezolano de los Seguros Sociales su cuota y la de sus trabajadores en la oportunidad y condiciones que establezca el Reglamento.
12. Los funcionarios de la Coordinación Nacional de Relaciones Laborales, deberán notificar por escrito a la Dirección General de Personal así como a la Unidad de Organización y Sistemas de la Dirección General de Planificación y Desarrollo, cualquier sugerencia, modificación que pueda afectar el contenido del Manual, en la búsqueda de garantizar la vigencia y funcionalidad del mismo.
13. El Manual de Normas y Procedimientos se evaluará periódicamente en atención a los nuevos avances de la tecnología de la información y la comunicación con el fin de responder a las necesidades que vayan surgiendo en torno a esta importante actividad de la Gerencia Universitaria.



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Solicitud de Afiliación al Seguro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM), Ayuda por Fallecimiento, Seguro de Vida y Accidentes Personales para el Personal Docente, Administrativo y Obrero.**

### A.- Objetivo.

Determinar los lineamientos y pasos a seguir para un adecuado registro de la afiliación del (la) trabajador(a) Docente, Administrativo y Obrero de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL), y su carga familiar, en el Sistema de Coberturas administradas de Hospitalización, Cirugía y Maternidad, Ayuda por Fallecimiento, Seguro de Vida y Accidentes Personales, de acuerdo con lo establecido por ley, Reglamentos y Actas Convenio vigentes.

### B.- Alcance.

Es de carácter general y rige para el personal Docente, Administrativo y Obrero de la UPEL, que cumple funciones en la misma y contempla desde el llenado de la solicitud de afiliación a las diferentes coberturas por parte del (la) trabajador(a) hasta la incorporación en la Base de Datos de las Unidades Administradoras de tales beneficios.

### C.- Unidad Responsable.

- Coordinación Nacional de Relaciones Laborales / Sección de Relaciones Laboral-Social.

### D.- Unidades Involucradas.

- Dirección General de Personal/ Unidad de Personal.
- Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social.
- Coordinación Nacional de Registro y Control / Sección de Registro y Control.
- Unidad Administradora del Beneficio (Aseguradora).
- Trabajadores (as).

Código: DGP-CNRL-ASTT-SA-01	Fecha de Vigencia: 09 MAR. 2016	Nº Actualización: 2	Fecha de Actualización: 09 MAR. 2016	Página: 8 / 93
--------------------------------	------------------------------------	------------------------	---	-------------------

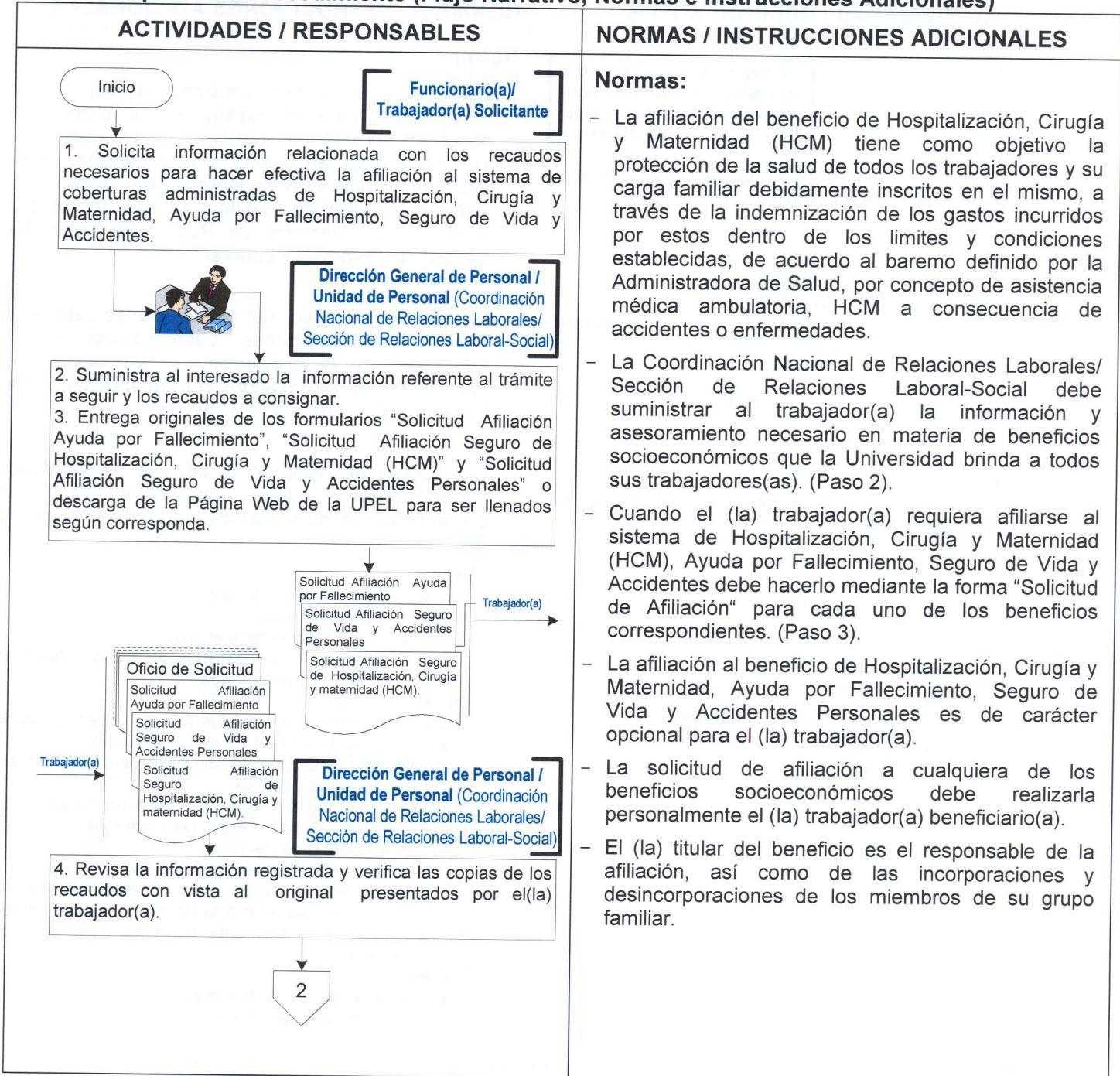


## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Solicitud de Afiliación al Seguro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM), Ayuda por Fallecimiento, Seguro de Vida y Accidentes Personales para el Personal Docente, Administrativo y Obrero.**

### E.- Descripción del Procedimiento (Flujo Narrativo, Normas e Instrucciones Adicionales)





## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Solicitud de Afiliación al Seguro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM), Ayuda por Fallecimiento, Seguro de Vida y Accidentes Personales para el Personal Docente, Administrativo y Obrero.**

ACTIVIDADES / RESPONSABLES	NORMAS / INSTRUCCIONES ADICIONALES
<p>1</p> <pre>graph TD; 1{1} --&gt; D{Completo y correcto}; D -- No --&gt; 5[5. Devuelve documentación indicando observaciones al (la) trabajador(a)]; D -- Si --&gt; 6[6. Firma y sella las copias de los recaudos y devuelve los originales al (la) trabajador(a)]; 6 --&gt; OS[Oficio de Solicitud]; 6 --&gt; R[Recaudos]; 6 --&gt; TA[Trabajador(a)]; 6 --&gt; 3{3}; OS --- S1[Solicitud Afiliación Ayuda por Fallecimiento]; OS --- S2[Solicitud Afiliación Seguro de Vida y Accidentes Personales]; OS --- S3[Solicitud Afiliación Seguro de Hospitalización, Cirugía y maternidad (HCM)]; R --- S1; R --- S2; R --- S3; TA --- TA;</pre>	<p><b>Normas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Los requisitos a ser consignados por el (la) trabajador(a) para el registro en el sistema de beneficios socioeconómicos de la Universidad deben ser presentados en original y acompañarse de las respectivas fotocopias mediante Oficio dirigido a la Dirección General de Personal/ Unidad de Personal (Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social).</li><li>- La Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social es la responsable de la verificación y conformación de la autenticidad de los recaudos consignados por el (la) trabajador(a). (Paso 5 y 6).</li><li>- La solicitud de afiliación al sistema de beneficios socioeconómicos debe formalizarse con la presentación de los siguientes requisitos en original y fotocopia:<ul style="list-style-type: none"><li><b>Titular:</b><ul style="list-style-type: none"><li>- Fotocopia de la Cédula de Identidad.</li></ul></li><li><b>Cónyuge o Concubino(a):</b><ul style="list-style-type: none"><li>- Fotocopia de la Cédula de Identidad.</li><li>- Acta de matrimonio o constancia de unión estable de hecho, expedida por la autoridad civil.</li></ul></li><li><b>Hijo(a):</b><ul style="list-style-type: none"><li>- Acta de nacimiento o provisionalmente el certificado de nacimiento hasta los seis (6) meses de edad.</li><li>- Fotocopia de la Cédula de Identidad para los hijos(as) mayores de nueve (9) años.</li><li>- Constancia de estudio vigente y debidamente expedida por el Instituto Docente donde cursa estudios.</li></ul></li><li>- De acuerdo al tipo de Personal:<ul style="list-style-type: none"><li>• Docente: hijos mayores de dieciocho (18) años.</li><li>• Administrativo y Obrero: hijos mayores de veintiún (21) años de acuerdo a la normativa laboral deben consignar adicionalmente carta de soltería y de expensas.</li></ul></li></ul></li><li><b>Padres:</b><ul style="list-style-type: none"><li>- Fotocopia de la Cédula de Identidad.</li><li>- Acta de nacimiento del titular.</li></ul></li></ul>

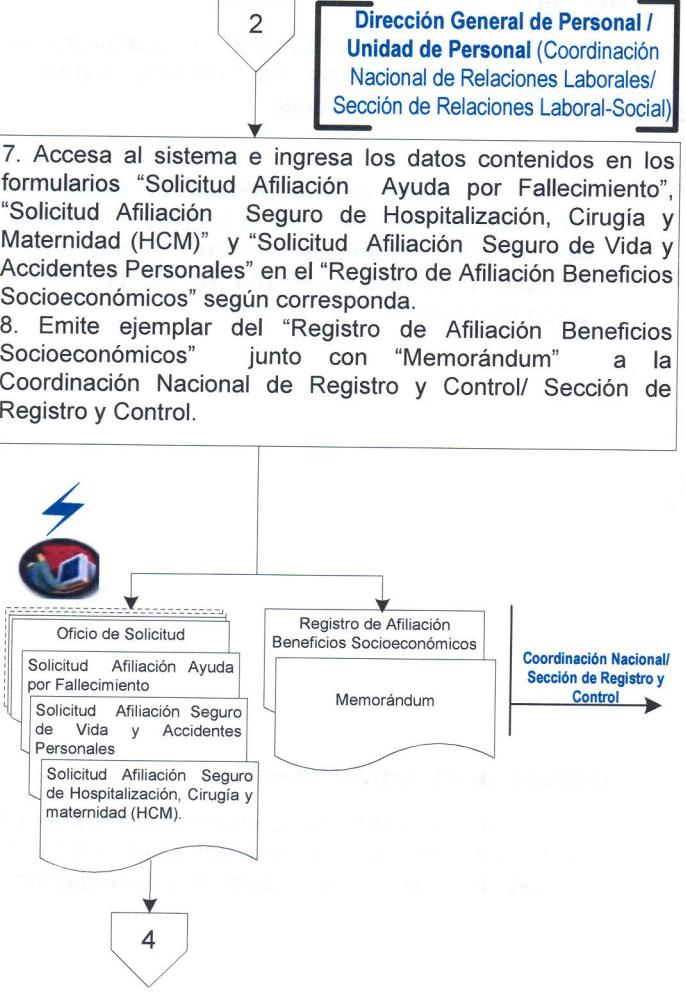
Código: DGP-CNRL-ASTT-SA-01	Fecha de Vigencia: 09 MAR. 2016	Nº Actualización: 2	Fecha de Actualización: 09 MAR. 2016	Página: 10 / 93
--------------------------------	------------------------------------	------------------------	---	--------------------



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Solicitud de Afiliación al Seguro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM), Ayuda por Fallecimiento, Seguro de Vida y Accidentes Personales para el Personal Docente, Administrativo y Obrero.**

ACTIVIDADES / RESPONSABLES	NORMAS / INSTRUCCIONES ADICIONALES
<p>2</p> <p><b>Dirección General de Personal / Unidad de Personal (Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social)</b></p> <p>7. Accesa al sistema e ingresa los datos contenidos en los formularios "Solicitud Afiliación Ayuda por Fallecimiento", "Solicitud Afiliación Seguro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM)" y "Solicitud Afiliación Seguro de Vida y Accidentes Personales" en el "Registro de Afiliación Beneficios Socioeconómicos" según corresponda.</p> <p>8. Emite ejemplar del "Registro de Afiliación Beneficios Socioeconómicos" junto con "Memorándum" a la Coordinación Nacional de Registro y Control/ Sección de Registro y Control.</p> <p>4</p> 	<p><b>Normas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- La Coordinación Nacional de Relaciones Laborales / Sección de Relaciones Laboral-Social es la dependencia responsable de mantener el registro de afiliados a los beneficios socioeconómicos, con el objeto de determinar la edad, estado civil, condición de estudiante, condiciones de salud.</li><li>- La Coordinación Nacional de Relaciones Laborales / Sección de Relaciones Laboral-Social es la dependencia responsable de registrar la información reflejada en los formularios de solicitud llenados por el (la) trabajador(a) en el "Registro de Afiliación Beneficios Socioeconómicos".</li><li>- La Dirección General de Personal/ Unidad de Personal debe verificar el cumplimiento y aplicación de las disposiciones legales establecidas en las leyes, actas convenio y contrato colectivo, a fin de garantizar el disfrute de los beneficios de Hospitalización, Cirugía y Maternidad, Ayuda por Fallecimiento, Seguro de Vida y Accidentes Personales.</li></ul>

Código: DGP-CNRL-ASTT-SA-01	Fecha de Vigencia: 09 MAR. 2016	Nº Actualización: 2	Fecha de Actualización: 09 MAR. 2016	Página: 11 / 93
--------------------------------	------------------------------------	------------------------	---	--------------------



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Solicitud de Afiliación al Seguro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM), Ayuda por Fallecimiento, Seguro de Vida y Accidentes Personales para el Personal Docente, Administrativo y Obrero.**

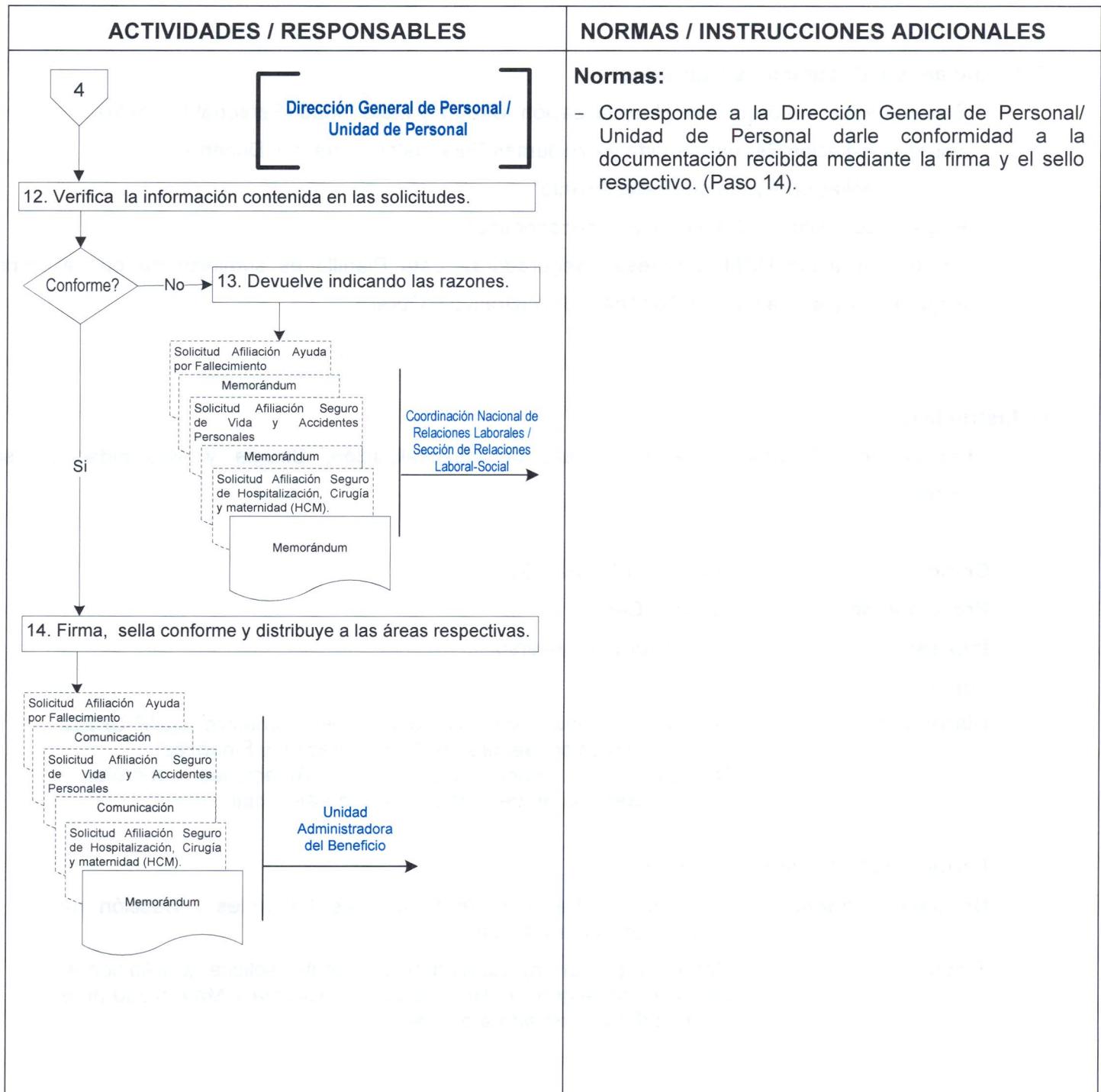
ACTIVIDADES / RESPONSABLES	NORMAS / INSTRUCCIONES ADICIONALES
<p>3</p> <p><b>Dirección General de Personal / Unidad de Personal (Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social)</b></p> <p>10. Remite "Memorándum" dirigido a las Unidades Administradoras de cada uno de los beneficios junto con la fotocopia de la solicitud correspondiente a la Dirección General de Personal/ Unidad de Personal para su envío.</p> <p>11. Archiva las solicitudes originales y fotocopias de recaudos en el expediente del (la) trabajador(a).</p> <pre>graph TD; 3[D3] --&gt; UDPEL["<b>Dirección General de Personal / Unidad de Personal (Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social)</b>"]; UDPEL --&gt; S1["Solicitud Afiliación Ayuda por Fallecimiento"]; UDPEL --&gt; OS["Oficio de Solicitud"]; UDPEL --&gt; S2["Solicitud Afiliación Ayuda por Fallecimiento"]; UDPEL --&gt; S3["Solicitud Afiliación Seguro de Vida y Accidentes Personales"]; S1 --&gt; S2; S2 --&gt; S3; S3 --&gt; EXP["En el Expediente del (la) Trabajador(a)"]; EXP --&gt; 5[D5]</pre>	<p><b>Normas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- El (la) trabajador(a) afiliado(a) en cualquiera de los beneficios socioeconómicos, adquiere el derecho al disfrute en forma inmediata.</li><li>- La fecha efectiva para el disfrute del seguro será a partir del momento en que la Unidad Administradora del Beneficio reciba la solicitud y sea aceptada, siempre y cuando la misma se realice dentro del plazo establecido.</li></ul> <p><b>Instrucciones Adicionales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Los recaudos solicitados como parte de los requisitos que deben ser consignados por el (la) trabajador(a) no deben presentar tachaduras ni enmendaduras.</li></ul>



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Solicitud de Afiliación al Seguro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM), Ayuda por Fallecimiento, Seguro de Vida y Accidentes Personales para el Personal Docente, Administrativo y Obrero.**





## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Solicitud de Afiliación al Seguro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM), Ayuda por Fallecimiento, Seguro de Vida y Accidentes Personales para el Personal Docente, Administrativo y Obrero.**

### F. Formularios y Documentos Utilizados:

- “Solicitud Afiliación Seguro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (Personal Docente)”.
- “Solicitud Afiliación Seguro de Vida y Accidentes Personales (Personal Docente)”.
- “Solicitud Afiliación Ayuda por Fallecimiento”.
- “Registro de Afiliación Beneficios Socioeconómicos”.
- Solicitud Afiliación HCM (Empresa Aseguradora): Esta Planilla es suministrada por la empresa aseguradora y aplica para el Personal Administrativo y Obrero.

### G. Instructivo:

- **Formulario:** “Solicitud Afiliación Seguro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (Personal Docente)”.

**Código:** DSP/CNRL/ ABSE: 01

**Presentación:** Tamaño Carta.

**Impresión:** Tinta Negra en Anverso.

**Papel:** Bond.

**Distribución:** Original: Unidad Administradora del Beneficio (IPP-UPEL/  
Dirección General de Administración y Finanzas).

Duplicado: Coordinación Nacional de Relaciones Laborales /  
Sección de Relaciones Laboral-Social.

**Período de Retención:** Un (1) año.

**Unidad de Origen:** Coordinación Nacional de Relaciones Laborales / Sección de Relaciones Laboral-Social.

**Frecuencia:** Cada vez que el (la) trabajador(a) Docente, solicite la afiliación al beneficio de Seguro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad ante la Unidad Administradora de Salud.

Código: DGP-CNRL-ASTT-SA-01	Fecha de Vigencia: 09 MAR. 2016	Nº Actualización: 2	Fecha de Actualización: 09 MAR. 2016	Página: 14 / 93
--------------------------------	------------------------------------	------------------------	---	--------------------

# SOLICITUD AFILIACIÓN SEGURO DE HOSPITALIZACIÓN, CIRUGÍA Y MATERNIDAD (Personal Docente)



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Solicitud de Afiliación al Seguro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM),  
Ayuda por Fallecimiento, Seguro de Vida y Accidentes Personales para el Personal  
Docente, Administrativo y Obrero**

**Instrucciones:** Este formulario debe ser llenado de acuerdo a las siguientes instrucciones:

### CAMPO INSTRUCCIÓN

- 01 Anote el número del correlativo correspondiente de la solicitud.
- 02 Anote la fecha de llenado de la solicitud.

### DATOS DEL (LA) TRABAJADOR(A) SOLICITANTE

- 03 Escriba nombres y apellidos tal como aparece en la Cédula de Identidad.
- 04 Anote el número de la Cédula de Identidad.
- 05 Escriba el lugar de nacimiento, indicando la ciudad y el estado de origen.
- 06 Anote la fecha de Nacimiento (Día, Mes y Año).
- 07 Anote la edad del trabajador en números.
- 08 Marque con una equis (x) en el recuadro correspondiente el sexo (femenino, masculino) según aplique.
- 09 Marque con una equis (x) en el recuadro correspondiente el estado civil: soltero(a), casado(a), divorciado(a), viudo(a), entre otros.
- 10 Escriba la dirección de habitación.
- 11 Anote el número de teléfono donde pueda ser localizado correspondiente a habitación, oficina o celular.
- 12 Escriba la dirección de correo electrónico.
- 13 Escriba la ubicación administrativa: Rectorado o Instituto Pedagógico, según el caso.
- 14 Escriba el nombre de la Dependencia de Adscripción.
- 15 Escriba la denominación del cargo que ocupa.
- 16 Anote el día, mes y año correspondiente a la fecha de ingreso a la Universidad Pedagógica Experimental Libertador.
- 17 Anote el sueldo mensual que devenga en Bolívares.
- 18 Marque con una equis (x) en el recuadro correspondiente la condición laboral del (la) trabajador(a): Activo(a), Jubilado(a), Pensionado(a) Sobreviviente/ Pensionado(a) por Incapacidad.
- 19 Marque con una equis (x) en el recuadro correspondiente el tipo de personal: Docente con su respectiva categoría y tiempo de dedicación; Administrativo con la escala y nivel u Obrero con el grado correspondiente, según el caso.

Código: DGP-CNRL-ASTT-SA-01	Fecha de Vigencia: 09 MAR. 2016	Nº Actualización: 2	Fecha de Actualización: 09 MAR. 2016	Página: 16 / 93
--------------------------------	------------------------------------	------------------------	---	--------------------



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL..**

Procedimiento: **Solicitud de Afiliación al Seguro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM), Ayuda por Fallecimiento, Seguro de Vida y Accidentes Personales para el Personal Docente, Administrativo y Obrero**

- 20 Marque con una equis (x) en el recuadro correspondiente si como titular es beneficiario(a) de otra póliza de seguro.
- 21 Escriba el nombre de la Compañía Aseguradora, si es el caso.
- 22 Anote el monto en bolívares (Bs.) de la cobertura de la póliza, si es el caso.
- 23 Anote el monto en bolívares (Bs.) del deducible correspondiente a la póliza de seguro, si es el caso.
- 24 Anote la fecha de vigencia de la Póliza, indicando desde – hasta.

### DATOS DE LOS(AS) BENEFICIARIOS(AS)

- 25 Número correlativo correspondiente a cada beneficiario a registrar.
- 26 Anote la Cédula de Identidad de cada beneficiario registrado.
- 27 Escriba los Apellidos y Nombre de cada uno de los beneficiarios(as).
- 28 Escriba el vínculo o parentesco que los beneficiarios tienen con el (la) titular.
- 29 Anote la fecha de nacimiento (Día, Mes y Año) correspondiente a cada beneficiario registrado.
- 30 Marque con una equis (x) en el recuadro correspondiente el sexo (femenino, masculino) según aplique de cada beneficiario registrado.
- 31 Marque con una equis (x) en el recuadro correspondiente si alguno de los beneficiarios (Hijos) registrados tiene necesidades especiales.
- 32 Marque con una equis (x) en el recuadro correspondiente si alguno de los beneficiarios registrados posee otra póliza de seguro.
- 33 Escriba el nombre de la Compañía Aseguradora, si es el caso.
- 34 Anote el monto en bolívares (Bs.) de la cobertura de la póliza, si es el caso.
- 35 Anote el monto en bolívares (Bs.) del deducible correspondiente a la póliza de seguro, si es el caso.
- 36 Registre la firma del (la) trabajador(a) que solicita el beneficio. Anote la fecha de llenado de la solicitud.
- 37 Anote los códigos correspondientes a la imputación presupuestaria, en cuanto a:
  - Proyecto.
  - Acción Específica.
  - Unidad Ejecutora Local.
  - Producto.
- 38 Registre la firma del (la) Analista responsable de procesar la solicitud y el sello de la Dirección General de Personal/ Unidad de Personal (Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social). Anote la fecha de llenado de la solicitud.

Código: DGP-CNRL-ASTT-SA-01	Fecha de Vigencia: 09 MAR. 2016	Nº Actualización: 2	Fecha de Actualización: 09 MAR. 2016	Página: 17 / 93
--------------------------------	------------------------------------	------------------------	---	--------------------



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Solicitud de Afiliación al Seguro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM), Ayuda por Fallecimiento, Seguro de Vida y Accidentes Personales para el Personal Docente, Administrativo y Obrero.**

- **Formulario:** "Solicitud Afiliación Seguro de Vida y Accidentes Personales (Personal Docente)".

<b>Código:</b>	DSP/CNRL/ABSE: 02
<b>Presentación:</b>	Tamaño Carta.
<b>Impresión:</b>	Tinta Negra en Anverso.
<b>Papel:</b>	Bond.
<b>Distribución:</b>	Original: Unidad Administradora del Beneficio. Duplicado: Coordinación Nacional de Relaciones Laborales / Sección de Relaciones Laboral-Social.
<b>Período de Retención:</b>	Un (1) año.
<b>Unidad de Origen:</b>	Coordinación Nacional de Relaciones Laborales / Sección de Relaciones Laboral-Social.
<b>Frecuencia:</b>	Cada vez que un(a) trabajador(a) Docente, solicite la afiliación al beneficio de Seguro de Vida y Accidentes Personales.

Código: DGP-CNRL-ASTT-SA-01	Fecha de Vigencia: 09 MAR. 2016	Nº Actualización: 2	Fecha de Actualización: 09 MAR. 2016	Página: 18 / 93
--------------------------------	------------------------------------	------------------------	---	--------------------

## SOLICITUD AFILIACIÓN SEGURO DE VIDA Y ACCIDENTES PERSONALES (Personal Docente)

### DATOS DEL (LA) TRABAJADOR(A) SOLICITANTE

3. Nombres y Apellidos:

5. Lugar de Nacimiento (Ciudad- Estado):

10. Dirección de Habitación:

13. Ubicación Administrativa (Rectorado/ Instituto Pedagógico):

15. Cargo:

18. Condición Laboral:

19. Tipo de Personal

Activo       Jubilado       Pensionado Sobreviviente/ Incapacidad

### DATOS DE LOS (AS) BENEFICIARIOS(AS)

20. 21.

22. Apellidos y Nombres

23. Parentesco

24. Fecha de Nacimiento

D	M	A	F	M	Si	No
---	---	---	---	---	----	----

25. Sexo

26. Hijo con Necesidades Especiales

27. Porcentaje (%) de Distribución del Seguro entre los beneficiarios

1						
2						
3						
4						
5						
6						

28. Trabajador(a)/ beneficiario(a)

Yo, en mi carácter de trabajador(a) de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador y en representación de mis beneficiarios declaro que los datos aquí suministrados son verdaderos y exactos.

29. Imputación Presupuestaria

Proy

Acc

UEL

Prod



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Solicitud de Afiliación al Seguro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM), Ayuda por Fallecimiento, Seguro de Vida y Accidentes Personales para el Personal Docente, Administrativo y Obrero.**

**Instrucciones:** Este formulario debe ser llenado de acuerdo a las siguientes instrucciones:

### CAMPO INSTRUCCIÓN

- 01 Anote el número del correlativo correspondiente a la solicitud.
- 02 Anote la fecha de llenado de la solicitud.

### DATOS DEL (LA) TRABAJADOR(A) SOLICITANTE

- 03 Escriba Nombres y Apellidos tal como aparece en la Cédula de Identidad.
- 04 Anote el número de la Cédula de Identidad.
- 05 Escriba el lugar de nacimiento, indicando la ciudad y el estado de origen.
- 06 Anote la fecha de nacimiento (Día, Mes y Año).
- 07 Anote la edad en números.
- 08 Marque con una equis (x) en el recuadro correspondiente el sexo (femenino, masculino) según aplique.
- 09 Indique el estado civil del trabajador: soltero(a), casado(a), divorciado(a), viudo(a), entre otros.
- 10 Escriba la dirección de habitación.
- 11 Anote el número de teléfono donde pueda ser localizado correspondiente a habitación, oficina, o celular.
- 12 Escriba la dirección de correo electrónico.
- 13 Escriba la ubicación administrativa: Rectorado o Instituto Pedagógico, según el caso.
- 14 Escriba el nombre de la Dependencia de Adscripción.
- 15 Escriba la denominación del cargo que ocupa.
- 16 Anote el día, mes y año correspondiente a la fecha de ingreso a la Universidad Pedagógica Experimental Libertador.
- 17 Anote el sueldo mensual que devenga en bolívares.
- 18 Marque con una equis (x) en el recuadro correspondiente la condición laboral del trabajador(a): Activo(a), Jubilado(a), Pensionado(a) Sobreviviente/ Pensionado(a) por Incapacidad.

Código: DGP-CNRL-ASTT-SA-01	Fecha de Vigencia: 09 MAR. 2016	Nº Actualización: 2	Fecha de Actualización: 09 MAR. 2016	Página: 20 / 93
--------------------------------	------------------------------------	------------------------	---	--------------------



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Solicitud de Afiliación al Seguro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM), Ayuda por Fallecimiento, Seguro de Vida y Accidentes Personales para el Personal Docente, Administrativo y Obrero.**

### DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

- 19 Marque con una equis (X) en el recuadro correspondiente el tipo de personal: Docente con la indicación de la categoría académica y tiempo de dedicación; Administrativo con su respectiva escala y nivel u Obrero con su respectivo grado, según sea el caso.
- 20 Número correlativo correspondiente a cada beneficiario registrado.
- 21 Anote la Cédula de Identidad de cada beneficiario registrado.
- 22 Escriba los Apellidos y Nombres de cada uno de los beneficiarios(as).
- 23 Escriba el vínculo o parentesco que los beneficiarios tienen con el (la) titular.
- 24 Anote la fecha de nacimiento (Día, Mes y Año) correspondiente a cada beneficiario registrado.
- 25 Marque con una equis (x) en el recuadro correspondiente el sexo (femenino, masculino) según aplique de cada beneficiario registrado.
- 26 Marque con una equis (x) en el recuadro correspondiente si alguno de los beneficiarios (hijos) registrados tiene necesidades especiales.
- 27 Anote la distribución porcentual (%) correspondiente a cada uno de los beneficiarios registrados.
- 28 Registre la firma del (la) trabajador(a) que solicita el beneficio. Anote la fecha de llenado de llenado de la solicitud.
- 29 Anote los códigos correspondientes a la imputación presupuestaria, en cuanto a:
  - Proyecto.
  - Acción Específica.
  - Unidad Ejecutora Local.
  - Producto.
- 30 Registre la firma del (la) Analista responsable de procesar la solicitud y el sello de la Dirección General de Personal/ Unidad de Personal (Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social). Anote la fecha de llenado de llenado de la solicitud.



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Solicitud de Afiliación al Seguro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM), Ayuda por Fallecimiento, Seguro de Vida y Accidentes Personales para el Personal Docente, Administrativo y Obrero.**

- **Formulario:** "Solicitud Afiliación Ayuda por Fallecimiento"

<b>Código:</b>	DSP/CNRL /ABSE: 03
<b>Presentación:</b>	Tamaño Carta.
<b>Impresión:</b>	Tinta Negra en Anverso.
<b>Papel:</b>	Bond.
<b>Distribución:</b>	Original: Unidad Administradora del Beneficio. Duplicado: Coordinación Nacional de Relaciones Laborales / Sección de Relaciones Laboral-Social.
<b>Período de Retención:</b>	Un (1) año.
<b>Unidad de Origen:</b>	Coordinación Nacional de Relaciones Laborales / Sección de Relaciones Laboral-Social.
<b>Frecuencia:</b>	Cada vez que un(a) trabajador(a) solicite la afiliación al beneficio de Ayuda por Fallecimiento.



1. N°:

2. Fecha:

## SOLICITUD AFILIACIÓN AYUDA POR FALLECIMIENTO

### DATOS DEL (LA) TRABAJADOR(A) SOLICITANTE

3. Nombres y Apellidos:	4. Cédula de Identidad:			
5. Lugar de Nacimiento (Ciudad- Estado):	6. Fecha de Nacimiento:	7. Edad:	8. Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
10. Dirección de Habitación:	11. Teléfono de Habitación/ Oficina/ Nº Celular:		12. Dirección de Correo Electrónico:	
13. Ubicación Administrativa (Rectorado/ Instituto Pedagógico):		14. Dependencia de Adscripción:		
15. Cargo:		16. Fecha de Ingreso a la UPEL:	17. Sueldo Mensual:	
18. Condicion Laboral:	19. Tipo de Personal:			
<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Pensionado Sobreviviente <input type="checkbox"/> Pensionado por Incapacidad	Docente		Administrativo	
Categoría Académica:	Tiempo de Dedicación:	Escala:	Nivel:	Grado:

### DATOS DE LOS (AS) BENEFICIARIOS (AS)

20. N°	21. Cédula de Identidad	22. Apellidos y Nombres	23. Parentesco	24. Fecha de Nacimiento			25. Sexo	
				D	M	A	F	M
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

26. Observaciones:

27. Trabajador(a):	28. Imputación Presupuestaria	29. Dirección General de Personal/ Unidad de Personal (Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social)								
	<table border="1"><thead><tr><th>Proy</th><th>Acc</th><th>UEL</th><th>Prod</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	Proy	Acc	UEL	Prod					
Proy	Acc	UEL	Prod							
Firma Fecha: _____		Firma y Sello Fecha: _____								



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Solicitud de Afiliación al Seguro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM),  
Ayuda por Fallecimiento, Seguro de Vida y Accidentes Personales para el Personal  
Docente, Administrativo y Obrero.**

**Instrucciones:** Este formulario debe ser llenado de acuerdo a las siguientes instrucciones:

### CAMPO INSTRUCCIÓN

- 01 Anote el número del correlativo correspondiente a la solicitud.
- 02 Anote la fecha de llenado de la solicitud.

### DATOS DEL (LA) TRABAJADOR(A) SOLICITANTE

- 03 Escriba Nombres y Apellidos tal como aparece en la cédula de identidad.
- 04 Anote el número de la Cédula de Identidad.
- 05 Escriba el lugar de nacimiento, indicando la ciudad y el estado de origen.
- 06 Anote la fecha de Nacimiento (Día, Mes y Año).
- 07 Anote la edad en números.
- 08 Marque con una equis (x) en el recuadro correspondiente el sexo (femenino, masculino) según aplique.
- 09 Escriba el estado civil del trabajador: soltero(a), casado(a), divorciado(a), viudo(a), entre otros.
- 10 Escriba la dirección de habitación.
- 11 Anote el número de teléfono donde pueda ser localizado correspondiente a Habitación, Oficina, o Celular.
- 12 Escriba la dirección de correo electrónico.
- 13 Escriba la ubicación administrativa: Rectorado o Instituto Pedagógico, según el caso.
- 14 Escriba el nombre de la Dependencia de Adscripción.
- 15 Escriba la denominación del cargo que ocupa.
- 16 Anote el día, mes y año correspondiente a la fecha de ingreso a la Universidad Pedagógica Experimental Libertador.
- 17 Indique el sueldo mensual del trabajador, en números.
- 18 Marque con una equis (x) en el recuadro correspondiente la condición laboral del (la) trabajador(a): Activo(a), Jubilado(a), Pensionado(a) Sobreviviente, Pensionado(a) por Incapacidad.
- 19 Coloque en el recuadro correspondiente el tipo de personal: Docente con la indicación de la categoría académica y tiempo de dedicación; Administrativo con su respectiva escala y nivel u Obrero con su respectivo grado, según sea el caso.

Código: DGP-CNRL-ASTT-SA-01	Fecha de Vigencia: 09 MAR. 2016	Nº Actualización: 2	Fecha de Actualización: 09 MAR. 2016	Página: 24 / 93
--------------------------------	------------------------------------	------------------------	---	--------------------



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Solicitud de Afiliación al Seguro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM), Ayuda por Fallecimiento, Seguro de Vida y Accidentes Personales para el Personal Docente, Administrativo y Obrero.**

### DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

- 20 Número correlativo correspondiente a cada beneficiario a registrar.
- 21 Anote la Cédula de Identidad de cada beneficiario registrado.
- 22 Escriba los Apellidos y Nombres de cada uno de los beneficiarios(as).
- 23 Escriba el vínculo o parentesco que los beneficiarios tienen con el (la) titular.
- 24 Anote la fecha de Nacimiento (Día, Mes y Año) correspondiente a cada beneficiario registrado.
- 25 Marque con una equis (x) en el recuadro correspondiente el sexo (femenino, masculino) según aplique de cada beneficiario registrado.
- 26 Escriba las observaciones que considere necesarias como complemento de la información registrada en el formulario.
- 27 Registre la firma del (la) trabajador(a) que solicita el beneficio. Anote la fecha de llenado de la solicitud.
- 28 Anote los códigos correspondientes a la imputación presupuestaria, en cuanto a:
  - Proyecto.
  - Acción Específica.
  - Unidad Ejecutora Local.
  - Producto.
- 29 Registre la firma del (la) Analista responsable de procesar la solicitud y el sello de la Dirección General de Personal/ Unidad de Personal (Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social). Anote la fecha de llenado de la solicitud.



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Solicitud de Afiliación al Seguro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM),  
Ayuda por Fallecimiento, Seguro de Vida y Accidentes Personales para el Personal  
Docente, Administrativo y Obrero.**

- **Formulario:** "Registro de Afiliación Beneficios Socioeconómicos"

**Código:** DSP/CNRL /ABSE: 04

**Presentación:** Tamaño Carta.

**Impresión:** Tinta Negra en Anverso.

**Papel:** Bond.

**Distribución:** Original: Expediente del (la) trabajador(a) solicitante.

Duplicado: Funcionario(s)/ Trabajador(a) solicitante.

**Período de Retención:** Un (1) año.

**Unidad de Origen:** Coordinación Nacional de Relaciones Laborales / Sección de Relaciones Laboral-Social.

**Frecuencia:** Cada vez que el (la) trabajador(a) solicite la afiliación y/o actualización del beneficio.

## REGISTRO DE AFILIACIÓN BENEFICIOS SOCIOECONÓMICOS

### DATOS DEL (LA) TRABAJADOR(A) SOLICITANTE

3. Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ 1. N°: \_\_\_\_\_ 2. Fecha: \_\_\_\_\_

4. Cédula de Identidad: \_\_\_\_\_

5. Lugar de Nacimiento (Ciudad- Estado): \_\_\_\_\_ 6. Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ 7. Edad: \_\_\_\_\_ 8. Sexo:  M  F 9. Estado Civil: \_\_\_\_\_

10. Dirección de Habitación: \_\_\_\_\_ 11. Teléfono de Habitación/ Oficina/ Nº Celular: \_\_\_\_\_ 12. Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

13. Ubicación Administrativa (Rectorado/ Instituto Pedagógico): \_\_\_\_\_

14. Dependencia de Adscripción: \_\_\_\_\_

15. Cargo: \_\_\_\_\_ 16. Fecha de Ingreso a la UPEL: \_\_\_\_\_ 17. Sueldo Mensual: \_\_\_\_\_

18. Condición Laboral: \_\_\_\_\_

Activo  Jubilado  Pensionado Sobrevidiente/ Incapacidad

19. Tipo de Personal: \_\_\_\_\_

Docente  Categoría Académica: \_\_\_\_\_

20. Posee o es Beneficiario de otra Póliza de Seguro:  Si  No

21. Nombre de la Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_

22. Cobertura: \_\_\_\_\_ 23. Deducible: \_\_\_\_\_ 24. Vigencia de la Póliza: \_\_\_\_\_

Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

### DATOS DE LOS (AS) BENEFICIARIOS (AS)

Nº	Tipo de Movimiento	27. Cédula de Identidad	28. Apellidos y Nombres	29. Parentesco	30. Fecha de Nacimiento			31. Sexo	32. Hijo con Necesidades Especiales	33. Beneficios	34. Posee otra Póliza	
					D	M	A					
1	I	M	E									
2												
3												
4												
5												

35. Nombre de la Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_ 36. Cobertura: \_\_\_\_\_ 37. Deducible: \_\_\_\_\_

38. Observaciones: \_\_\_\_\_ 39. Imputación Presupuestaria 40. Coordinación de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social 41. Dirección General de Personal/ Unidad de Personal

Prod  Acc  UEI  Prod

Firma y Sello \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma y Sello \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

DICIEMBRE 2015



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Solicitud de Afiliación al Seguro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM), Ayuda por Fallecimiento, Seguro de Vida y Accidentes Personales para el Personal Docente, Administrativo y Obrero.**

**Instrucciones:** Este formulario debe ser llenado de acuerdo a las siguientes instrucciones:

### CAMPO INSTRUCCIÓN

**01** Anote el número del correlativo correspondiente.

**02** Anote la fecha de llenado de la solicitud.

### DATOS DEL (LA) TRABAJADOR(A) SOLICITANTE

**03** Escriba nombres y apellidos tal como aparece en la Cédula de Identidad.

**04** Anote el número de la Cédula de Identidad.

**05** Escriba el lugar de nacimiento, indicando la ciudad y el estado de origen.

**06** Anote la fecha de nacimiento (Día, Mes y Año).

**07** Anote la edad en números.

**08** Marque con una equis (x) en el recuadro correspondiente el sexo (femenino, masculino) según aplique.

**09** Indique el estado civil: soltero(a), casado(a), divorciado(a), viudo(a), entre otros.

**10** Escriba la dirección de habitación.

**11** Anote el número de teléfono donde pueda ser localizado correspondiente a habitación, oficina, o celular.

**12** Escriba la dirección de correo electrónico.

**13** Escriba la ubicación administrativa: Rectorado o Instituto Pedagógico, según el caso.

**14** Escriba el nombre de la Dependencia de Adscripción.

**15** Escriba la denominación del cargo que ocupa.

**16** Anote el día, mes y año correspondiente a la fecha de ingreso a la Universidad Pedagógica Experimental Libertador.

**17** Anote el sueldo mensual que devenga en bolívares.

**18** Marque con una equis (x) en el recuadro correspondiente la condición laboral del (la) trabajador(a): Activo(a), Jubilado(a), Pensionado(a) Sobreviviente/ Pensionado(a) por Incapacidad.

Código: DGP-CNRL-ASTT-SA-01	Fecha de Vigencia: 09 MAR. 2016	Nº Actualización: 2	Fecha de Actualización: 09 MAR. 2016	Página: 28 / 93
--------------------------------	------------------------------------	------------------------	---	--------------------



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Solicitud de Afiliación al Seguro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM), Ayuda por Fallecimiento, Seguro de Vida y Accidentes Personales para el Personal Docente, Administrativo y Obrero.**

### CAMPO INSTRUCCIÓN

- 19** Marque con una equis (x) en el recuadro correspondiente el tipo de personal: Docente con la indicación de la categoría académica y tiempo de dedicación; Administrativo con su respectiva escala y nivel u Obrero con su respectivo grado, según sea el caso.
- 20** Marque con una equis (x) en el recuadro correspondiente si como titular es beneficiario(a) de otra póliza de seguro.
- 21** Escriba el nombre de la Compañía Aseguradora, si es el caso.
- 22** Anote el monto en bolívares de la cobertura de la póliza, si es el caso.
- 23** Anote el monto en bolívares del deducible correspondiente a la póliza de seguro, si es el caso.
- 24** Anote la fecha de vigencia de la Póliza, indicando desde – hasta.

### DATOS DE LOS (AS) BENEFICIARIOS (AS)

- 25** Número correlativo correspondiente a cada beneficiario registrado.
- 26** Marque con una equis (x) en el recuadro correspondiente el tipo de movimiento a registrar (Inclusión, Modificación, Exclusión).
- 27** Anote la Cédula de Identidad de cada beneficiario registrado.
- 28** Escriba los Apellidos y Nombres de cada uno de los beneficiarios(as).
- 29** Escriba el vínculo o parentesco que los beneficiarios tienen con el (la) titular.
- 30** Anote la fecha de nacimiento (Día, Mes y Año) correspondiente a cada beneficiario registrado.
- 31** Marque con una equis (x) en el recuadro correspondiente el sexo (femenino, masculino) según aplique de cada beneficiario registrado.
- 32** Marque con una equis (x) en el recuadro correspondiente si alguno de los beneficiarios (hijos) registrados tiene necesidades especiales.
- 33** Marque con una equis (x) en el recuadro correspondiente el tipo de beneficio al que se afilia, modifica o excluye Seguro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM), Ayuda por Fallecimiento (AF), Seguro de Vida y Accidentes Personales (SVAP).
- 34** Marque con una equis (x) en el recuadro correspondiente si alguno de los familiares registrados es beneficiario(a) de otra póliza de seguro.
- 35** Escriba el nombre de la Compañía Aseguradora, si es el caso.
- 36** Anote el monto en bolívares de la cobertura de la póliza, si es el caso.

Código: DGP-CNRL-ASTT-SA-01	Fecha de Vigencia: 09 MAR. 2016	Nº Actualización: 2	Fecha de Actualización: 09 MAR. 2016	Página: 29 / 93
--------------------------------	------------------------------------	------------------------	---	--------------------



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Solicitud de Afiliación al Seguro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM), Ayuda por Fallecimiento, Seguro de Vida y Accidentes Personales para el Personal Docente, Administrativo y Obrero.**

### CAMPO INSTRUCCIÓN

- 37 Anote el monto en bolívares del deducible correspondiente a la póliza de seguro, si es el caso.
- 38 Escriba las observaciones que considere pertinentes como complemento de la información registrada.
- 39 Anote los códigos correspondientes a la imputación presupuestaria, en cuanto a:
  - Proyecto.
  - Acción Específica.
  - Unidad Ejecutora Local.
  - Producto.
- 40 Registre la firma del Analista Responsable y coloque Sello de la Coordinación Nacional de Relaciones Laborales / Sección de Relaciones Laboral-Social. Anote la fecha de llenado de la solicitud.
- 41 Registre la firma del (la) Director(a) General de Personal o Jefe(a) de la Unidad de Personal, según sea el caso y su respectivo sello de la Dependencia. Anote la fecha de llenado de la solicitud.



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Actualización del Registro de Afiliados(as) al Seguro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM), Ayuda por Fallecimiento, Seguro de Vida y Accidentes Personales para el Personal Docente, Administrativo y Obrero.**

### A.- Objetivo.

Determinar las prescripciones y pasos a seguir en la actualización de los datos personales o laborales contenidos en el registro de afiliación del (la) trabajador(a) titular o el registro de modificaciones de los datos de su carga familiar, en el Sistema de Coberturas administradas de Hospitalización, Cirugía y Maternidad, Ayuda por Fallecimiento, Seguro de Vida y Accidentes Personales.

### B.- Alcance.

Es de carácter general y rige para el personal Docente, Administrativo y Obrero de la UPEL, que cumple funciones en la misma y contempla desde el llenado de la actualización de los diferentes beneficios por parte del (la) trabajador(a), hasta la modificación respectiva en la Base de Datos de las Unidades Administradoras de tales beneficios.

### C.- Unidad Responsable.

- Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social.

### D.- Unidades Involucradas.

- Dirección General de Personal/ Unidad de Personal.
- Coordinación Nacional de Relaciones Laborales / Sección de Relaciones Laboral-Social.
- Coordinación Nacional de Registro y Control / Sección de Registro y Control.
- Unidad Administradora del Beneficio (IPP-UPEL, Empresa Aseguradora, Dirección General de Administración y Finanzas/ Unidad de Administración).
- Trabajadores (as).

Código: DGP-CNRL-ASTT-ARA-02	Fecha de Vigencia: 09 MAR. 2016	Nº Actualización: 2	Fecha de Actualización: 09 MAR. 2016	Página: 31 / 93
---------------------------------	------------------------------------	------------------------	---	--------------------



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Actualización del Registro de Afiliados(as) al Seguro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM), Ayuda por Fallecimiento, Seguro de Vida y Accidentes Personales para el Personal Docente, Administrativo y Obrero.**

### E.- Descripción del Procedimiento (Flujo Narrativo, Normas e Instrucciones Adicionales)

ACTIVIDADES / RESPONSABLES	NORMAS / INSTRUCCIONES ADICIONALES
<p>Inicio</p> <p><b>Trabajador(a) Afiliado(a)</b></p> <p>1. Manifiesta la necesidad de actualizar los datos personales, laborales o movimientos de afiliado(s) en los beneficios socioeconómicos.</p> <p><b>Dirección General de Personal / Unidad de Personal (Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social)</b></p> <p>2. Suministra al interesado la información relacionado con los recaudos a consignar y entrega "Actualización Registro de Afiliación Beneficios Socioeconómico" en original y copia para ser llenados según corresponda.</p> <p><b>Trabajador(a) Afiliado(a)</b></p> <p><b>Actualización Registro de Afiliación Beneficios Socioeconómicos</b></p> <p><b>Recaudos</b></p> <p><b>Trabajador(a) afiliado(a)</b></p> <p><b>Dirección General de Personal / Unidad de Personal (Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral- Social)</b></p> <p>3. Revisa la información registrada y verifica los recaudos presentados por el(la) trabajador(a).</p> <p><b>Completos y correctos</b></p> <p>Si → 2</p> <p>No → 4. Devuelve documentación indicando observaciones al (la) trabajador(a).</p> <p><b>Trabajador(a) Afiliado(a)</b></p> <p><b>Recaudos</b></p> <p><b>Actualización Registro de Afiliación Beneficios Socioeconómicos</b></p>	<p><b>Normas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Corresponde al (la) trabajador(a) afiliado(a) solicitar personalmente ante la Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social la actualización de los datos personales o laborales relacionados con la inclusión, modificación o exclusión de este o de su carga familiar en la base de datos del sistema de beneficios socioeconómicos. Paso (1).</li><li>La modificación de datos por actualización o movimientos de la carga familiar del (la) trabajador(a) afiliado(a) en el sistema de beneficios socioeconómicos debe realizarse mediante el formulario "Actualización Registro de Afiliación Beneficios Socioeconómicos", la cual debe ser acompañada de los recaudos correspondientes con la actualización a realizar. (Paso 2).</li><li>La Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social es la dependencia responsable de la verificación y conformación de la autenticidad de los documentos consignados por el (la) trabajador(a) afiliado(a). (Paso 3, 4).</li></ul> <p><b>Instrucciones Adicionales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>No se tramitará ninguna solicitud de actualización que contenga documentos anexos con tachaduras y enmendaduras.</li></ul>

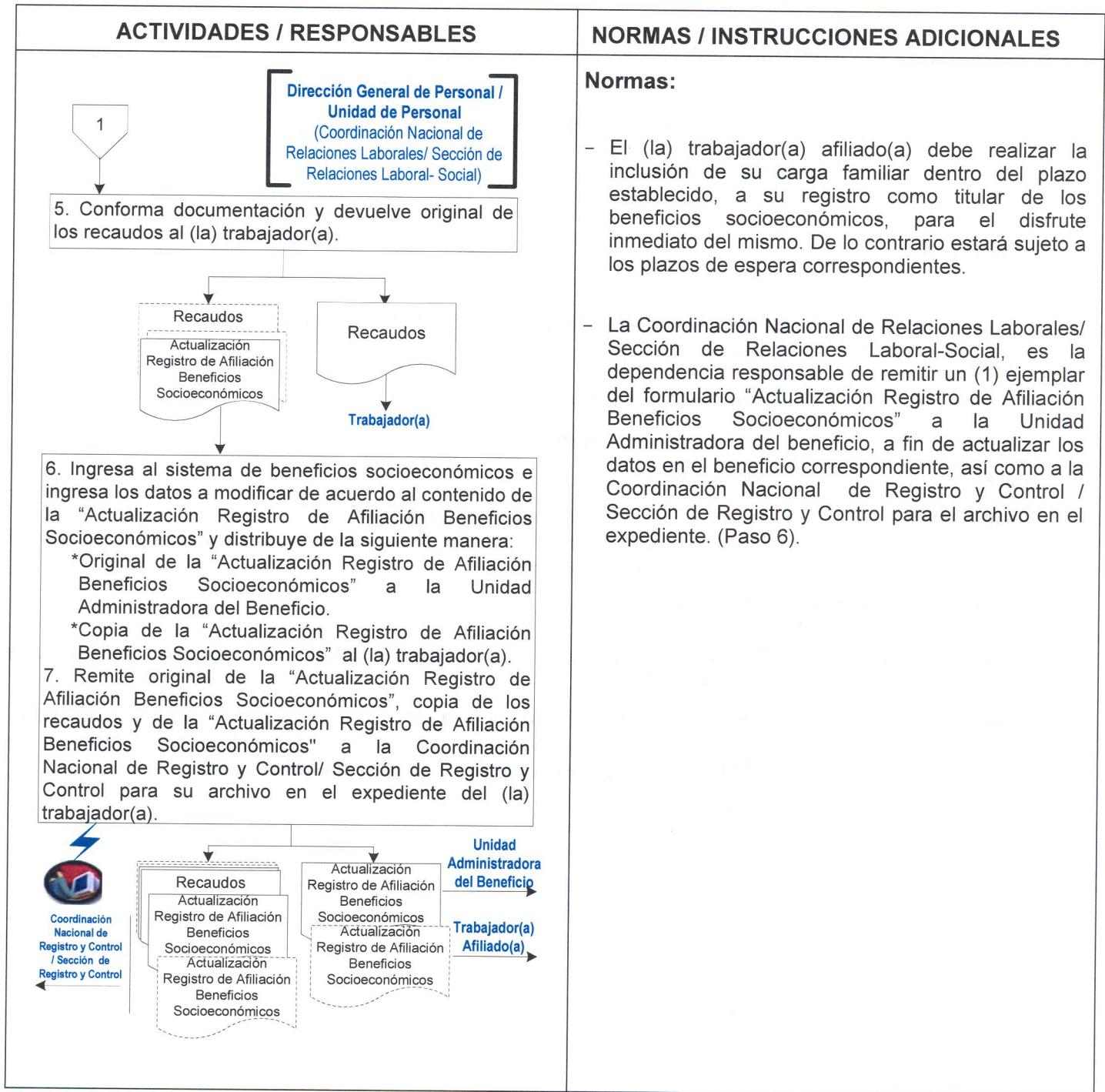
Código: DGP-CNRL-ASTT-ARA-02	Fecha de Vigencia: 09 MAR. 2016	Nº Actualización: 2	Fecha de Actualización: 09 MAR. 2016	Página: 32 / 93
---------------------------------	------------------------------------	------------------------	---	--------------------



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Actualización del Registro de Afiliados(as) al Seguro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM), Ayuda por Fallecimiento, Seguro de Vida y Accidentes Personales para el Personal Docente, Administrativo y Obrero.**



Código:  
DGP-CNRL-ASTT-ARA-02

Fecha de Vigencia:  
09 MAR. 2016

Nº Actualización:  
2

Fecha de Actualización:  
09 MAR. 2016

Página:  
33 / 93



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Actualización del Registro de Afiliados(as) al Seguro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM), Ayuda por Fallecimiento, Seguro de Vida y Accidentes Personales para el Personal Docente, Administrativo y Obrero.**

### F. Formularios y Documentos Utilizados:

- “Actualización Registro de Afiliación Beneficios Socioeconómicos”.
- Formato Empresa Aseguradora.

### G. Instructivo:

- **Formulario:** “Actualización Registro de Afiliación Beneficios Socioeconómicos”.

**Código:** DSP/ CNRL /ABSE: 05

**Presentación:** Tamaño Media Carta.

**Impresión:** Tinta Negra en Anverso.

**Papel:** Bond.

**Distribución:** Original: Unidad Administradora del Beneficio.  
Duplicado: Coordinación Nacional de Relaciones Laborales / Sección de Relaciones Laboral-Social.

**Período de Retención:** Un (1) año.

**Unidad de Origen:** Coordinación Nacional de Relaciones Laborales / Sección de Relaciones Laboral-Social.

**Frecuencia:** Cada vez que el (la) trabajador(a) solicite la afiliación y/o actualización de los datos personales y laborales del titular o registrar movimientos de los afiliados ya existentes a los beneficios socioeconómicos.

Código: DGP-CNRL-ASTT-ARA-02	Fecha de Vigencia: 09 MAR. 2016	Nº Actualización: 2	Fecha de Actualización: 09 MAR. 2016	Página: 34 / 93
---------------------------------	------------------------------------	------------------------	---	--------------------



# ACTUALIZACIÓN REGISTRO DE AFILIACIÓN BENEFICIOS SOCIOECONÓMICOS

1. N°:

2. Fecha:

## DATOS DEL (LA) TRABAJADOR(A) SOLICITANTE

---

### 3. Nombres y Apellidos

**4. Cédula de Identidad:**

## **DATOS A SER ACTUALIZADOS**

#### 5. Datos personales y/o laborales que requiere actualizar:

## MOVIMIENTO DE LOS (AS) BENEFICIARIOS (AS)

Yo, en mi carácter de trabajador(a) de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador y en representación de mis beneficiarios, declaro que el porcentaje de distribución del seguro y los demás datos suministrados son ciertos.

13. Trabajador(a)/ beneficiario(a):

#### 14. Dirección General de Personal/ Unidad de Personal (Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social)

Firma

**Firma y Sello**



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Actualización del Registro de Afiliados(as) al Seguro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM), Ayuda por Fallecimiento, Seguro de Vida y Accidentes Personales para el Personal Docente, Administrativo y Obrero.**

**Instrucciones:** Este formulario debe ser llenado de acuerdo a las siguientes instrucciones:

### CAMPO INSTRUCCIÓN

- 01 Anote el número del correlativo correspondiente a la solicitud.
- 02 Anote la fecha de llenado de la solicitud.

### DATOS DEL (LA) TRABAJADOR(A) SOLICITANTE

- 03 Escriba Nombres y Apellidos tal como aparece en la Cédula de Identidad.
- 04 Anote el número de la Cédula de Identidad.
- 05 Escriba los datos personales y/o laborales que requieran ser modificados en el Registro de Afiliación de Beneficios Socioeconómicos.

### MOVIMIENTO DE LOS (AS) BENEFICIARIOS (AS)

- 06 Marque con una equis (x) en el recuadro correspondiente la opción de modificación al registro de afiliación (Inclusión, Modificación, Exclusión).
- 07 Anote el número de la Cédula de Identidad de cada beneficiario registrado.
- 08 Escriba Nombres y Apellidos tal como aparece en la Cédula de Identidad.
- 09 Escriba el vínculo o parentesco que los beneficiarios tienen con el (la) titular.
- 10 Marque con una equis (x) en el recuadro correspondiente la opción sexo (femenino, masculino) según aplique de cada beneficiario registrado.
- 11 Marque con una equis (x) en el recuadro correspondiente la opción de los beneficios socioeconómicos a los que se les aplica la modificación en el registro de afiliación: Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM), Ayuda por Fallecimiento (AF), Seguro de Vida y Accidentes Personales (SVAP).
- 12 Anote la distribución porcentual (%) correspondiente a cada uno de los beneficiarios registrados.
- 13 Registre la firma del (la) trabajador(a) que solicita el beneficio. Anote la fecha de llenado de la solicitud.  
Registre la firma del (la) Analista responsable de procesar la solicitud y el sello de la Dirección General de Personal/ Unidad de Personal (Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social) y su respectivo sello.  
Anote la fecha de llenado de la solicitud.

Código: DGP-CNRL-ASTT-ARA-02	Fecha de Vigencia: 09 MAR. 2016	Nº Actualización: 2	Fecha de Actualización: 09 MAR. 2016	Página: 36 / 93
---------------------------------	------------------------------------	------------------------	---	--------------------



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Desincorporación del (la) Afiliado(a) del Registro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM), Ayuda por Fallecimiento, Seguro de Vida y Accidentes Personales para el Personal Docente, Administrativo y Obrero.**

### A.- Objetivo.

Determinar los lineamientos y pasos a seguir para la desincorporación del (la) trabajador(a) titular del registro de HCM, Ayuda por Fallecimiento, Seguro de Vida y Accidentes Personales por causa de renuncia a cualquiera de los beneficios a petición del (la) mismo(a).

### B.- Alcance.

Rige para el personal Docente, Administrativo y Obrero activo de la UPEL, y contempla desde la consignación de los documentos justificativos para la realización del trámite de desincorporación del (la) trabajador(a) titular, la verificación de recaudos por la Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social, hasta la desincorporación efectiva en el sistema.

### C.- Coordinación Responsable.

- Coordinación Nacional de Relaciones Laborales / Sección de Relaciones Laboral-Social.

### D.- Unidades Involucradas.

- Dirección General de Personal/ Unidad de Personal.
- Coordinación Nacional de Relaciones Laborales / Sección de Relaciones Laboral-Social.
- Coordinación Nacional de Registro y Control/ Sección de Registro y Control.
- Unidad Administradora del Beneficio.
- Trabajadores (as).



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Desincorporación del (la) Afiliado(a) del Registro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM), Ayuda por Fallecimiento, Seguro de Vida y Accidentes Personales para el Personal Docente, Administrativo y Obrero.**

### E. Descripción del Procedimiento (Flujo Narrativo, Normas e Instrucciones Adicionales)

ACTIVIDADES / RESPONSABLES	NORMAS / INSTRUCCIONES ADICIONALES
<p><b>Trabajador(a) Titular</b></p> <p><b>Dirección General de Personal/ Unidad de Personal</b></p> <p><b>Beneficiario(a)s</b></p> <p>1. Recibe y revisa la documentación consignada de acuerdo al caso.</p> <p>Completa y correcta? → Si → 2</p> <p>Completa y correcta? → No → 2. Devuelve la documentación indicando las observaciones correspondientes.</p>	<p><b>Normas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- La solicitud de desincorporación del beneficio, debe ser efectuada personalmente mediante una carta en original y duplicado, donde el (la) trabajador(a) afiliado(a) manifieste su voluntad de renunciar al beneficio, anexando a esta los recaudos correspondientes. (Paso 1).</li><li>- Corresponde a la Coordinación Nacional de Relaciones Laborales /Sección de Relaciones Laboral-Social, informar y asesorar a los (as) beneficiarios(as) debidamente registrados como afiliados(as), sobre el trámite a seguir para la desincorporación del (la) titular del beneficio por causa de fallecimiento.</li><li>- La Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social (Analista Responsable) verifica y conforma la autenticidad de los recaudos consignados por el (la) trabajador(a). (Paso 1).</li></ul>

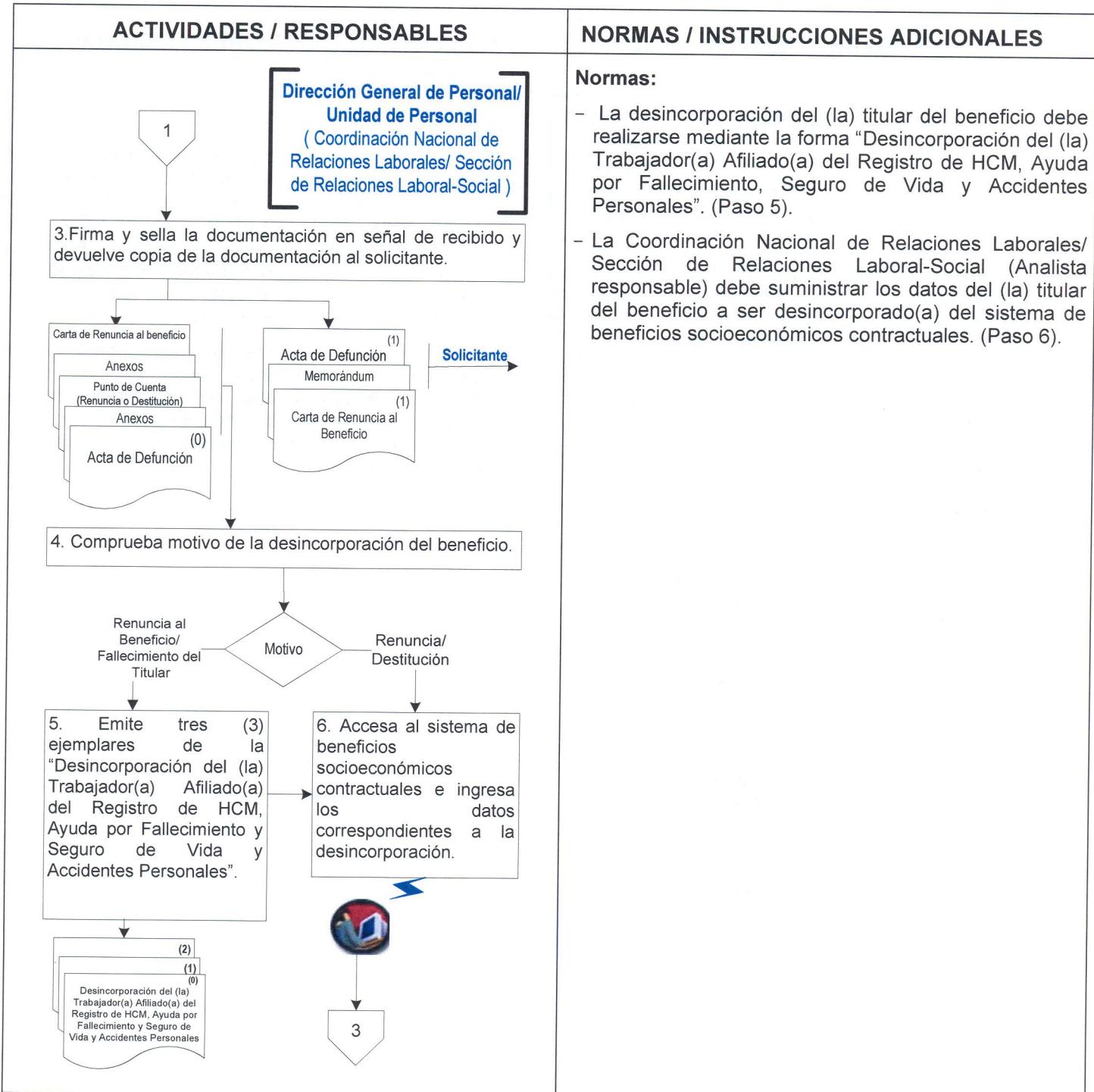
Código: DGP-CNRL-ASTT-DA-03	Fecha de Vigencia: 09 MAR. 2016	Nº Actualización: 2	Fecha de Actualización: 09 MAR. 2016	Página: 38 / 93
--------------------------------	------------------------------------	------------------------	---	--------------------



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Desincorporación del (la) Afiliado(a) del Registro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM), Ayuda por Fallecimiento, Seguro de Vida y Accidentes Personales para el Personal Docente, Administrativo y Obrero.**



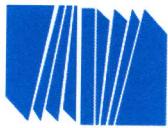


## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Desincorporación del (la) Afiliado(a) del Registro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM), Ayuda por Fallecimiento, Seguro de Vida y Accidentes Personales para el Personal Docente, Administrativo y Obrero.**

ACTIVIDADES / RESPONSABLES	NORMAS / INSTRUCCIONES ADICIONALES
<p>2</p> <p><b>Dirección General de Personal/ Unidad de Personal ( Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social )</b></p> <p>7. Obtiene firma del (la) Jefe(a) de la Unidad/ Sección en la "Desincorporación del(la) Trabajador(a) Afiliado(a) del Registro de HCM, Ayuda por Fallecimiento y Seguro de Vida y Accidentes Personales", anexa documentos probatorios en los casos que aplique y distribuye de la siguiente manera:</p> <p>*Original a la Unidad Administradora del Beneficio.</p> <p>*Archiva duplicado y anexos que justifiquen la desincorporación del beneficio en el expediente.</p> <p>*Triplicado al (la) Trabajador(a)/ Beneficiario(a)s.</p> <p>*Envía copia a la Coordinación Nacional / Sección de Registro y Control</p> <p>3) Desincorporación del (la) Trabajador(a) Afiliado(a) del Registro de HCM, Ayuda por Fallecimiento y Seguro de Vida y Accidentes Personales</p> <p>2) Desincorporación del (la) Trabajador(a) Afiliado(a) del Registro de HCM, Ayuda por Fallecimiento y Seguro de Vida y Accidentes Personales</p> <p>1) Desincorporación del (la) Trabajador(a) Afiliado(a) del Registro de HCM, Ayuda por Fallecimiento y Seguro de Vida y Accidentes Personales</p> <p>0) Desincorporación del (la) Trabajador(a) Afiliado(a) del Registro de HCM, Ayuda por Fallecimiento y Seguro de Vida y Accidentes Personales</p>	<p><b>Normas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- La Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social debe remitir copia de la forma "Desincorporación del (la) Trabajador(a) Afiliado(a) del Registro de HCM, Ayuda por Fallecimiento, Seguro de Vida y Accidentes Personales" a la Unidad Administradora del Beneficio con el propósito de desincorporar de la data la información del (la) afiliado(a). (Paso 7).</li><li>- La Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social es la dependencia responsable del asesoramiento para procurar asistencia de hospitalización, cirugía y maternidad a los beneficiarios de la pensión de sobrevivientes.</li></ul>



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Desincorporación del (la) Afiliado(a) del Registro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM), Ayuda por Fallecimiento, Seguro de Vida y Accidentes Personales para el Personal Docente, Administrativo y Obrero.**

### F. Formularios y Documentos Utilizados:

- “Desincorporación del (la) Trabajador(a) Afiliado(a) del Registro de HCM, Ayuda por Fallecimiento, Seguro de Vida y Accidentes Personales”.

### G. Instructivo:

- **Formulario:** “Desincorporación del (la) Trabajador(a) Afiliado(a) del Registro de HCM, Ayuda por Fallecimiento, Seguro de Vida y Accidentes Personales”.

**Código:** DSP/CNRL/ABSE: 09

**Presentación:** Tamaño Carta.

**Impresión:** Tinta Negra en Anverso.

**Papel:** Bond.

**Distribución:** Original: Unidad Administradora del Beneficio.  
Duplicado: Trabajador(a) Titular/ Beneficiario(a)s.

**Período de Retención:** Un (1) año.

**Unidad de Origen:** Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social.

**Frecuencia:** Cada vez que se requiera la desincorporación del (la) trabajador(a) titular/ beneficiario(a) de alguno de los beneficios socioeconómicos en forma voluntaria o por causa de fallecimiento, según el caso.



**DESINCORPORACIÓN DEL (LA) TRABAJADOR(A) AFILIADO(A) DEL REGISTRO DE  
HCM, AYUDA POR FALLECIMIENTO, SEGURO DE VIDA Y ACCIDENTES PERSONALES**

1. N°:

2. Fecha:

**DATOS DEL (LA) TRABAJADOR(A) AFILIADO(A)**

3. Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ 4. Cédula de Identidad: \_\_\_\_\_

5. Tipo de Personal

Docente	Categoría Académica:	Tiempo de Dedicación:		Fecha de Ingreso:
Administrativo	Cargo:	Escala: _____ Nivel: _____		Fecha de Ingreso:
Obrero	Cargo:	Grado: _____		Fecha de Ingreso:

6. Ubicación Administrativa:

Rectorado  Instituto Pedagógico

7. Dependencia de Adscripción:

8. Teléfono/ Extensión:

9. Correo Electrónico:

**10. MOTIVO DE LA DESINCORPORACIÓN**

- Renuncia al Beneficio  
 Renuncia/ Retiro/ Despido  
 Fallecimiento del (la) Titular

**11. BENEFICIOS A DESINCORPORAR**

- Seguro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad  
 Seguro de Vida y Accidentes Personales  
 Ayuda por Fallecimiento

**12. Trabajador(a)/ Solicitante**

Firma

Fecha: \_\_\_\_\_

**13. SOLO PARA USO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PERSONAL/ UNIDAD DE PERSONAL**

Imputación Presupuestaria				Analista Responsable	Dirección General de Personal/ Unidad de Personal (Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social)		
Proy	Acc	UEL	Prod	Firma		Firma	
				Fecha: _____	_____	Fecha: _____	_____



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Desincorporación del (la) Afiliado(a) del Registro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM), Ayuda por Fallecimiento, Seguro de Vida y Accidentes Personales para el Personal Docente, Administrativo y Obrero.**

**Instrucciones:** Este formulario debe ser llenado de acuerdo a las siguientes instrucciones:

### CAMPO INSTRUCCIÓN

- 01 Anote el número del correlativo correspondiente.
- 02 Anote la fecha de llenado de la solicitud.

### DATOS DEL (LA) TRABAJADOR(A) AFILIADO(A)

- 03 Escriba Nombres y Apellidos tal como aparece en la Cédula de Identidad.
- 04 Anote el número de la Cédula de Identidad.
- 05 Coloque en el recuadro correspondiente el tipo de personal: Docente con la indicación de la categoría académica y tiempo de dedicación; Administrativo con su cargo, escala y nivel u Obrero con su respectivo cargo y grado, según sea el caso, y su correspondiente fecha de ingreso a la Universidad.
- 06 Marque con una equis (X) la ubicación administrativa (Rectorado o Instituto Pedagógico).
- 07 Escriba el nombre de la Dependencia de Adscripción.
- 08 Anote el número de teléfono y/o Extensión.
- 09 Escriba la dirección de correo electrónico.
- 10 Marque con una equis (x) en el recuadro correspondiente el motivo de la desincorporación: Renuncia al Beneficio, Renuncia, Retiro, Despido o Fallecimiento del (la) Titular, según el caso.
- 11 Marque con una equis (X) en el recuadro correspondiente a la columna de beneficios a ser desincorporados por el (la) trabajador(a) afiliado(a): Hospitalización Cirugía y Maternidad, Seguro de Vida y Accidentes Personales o Ayuda por Fallecimiento.
- 12 Registre la firma del (la) Trabajador(a) Beneficiario(a). Anote la fecha de llenado de la solicitud.

### 13 SOLO PARA USO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PERSONAL/ UNIDAD DE PERSONAL

Anote los códigos correspondientes a la imputación presupuestaria, en cuanto a:

- Proyecto.
- Acción Específica.
- Unidad Ejecutora Local.
- Producto.

Registre la firma del (la) Analista de la Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social, responsable de procesar la solicitud, y coloque el sello de la Dependencia. Anote la fecha de llenado de la solicitud.

Registre la firma del (la) Director(a) General de Personal o Jefe(a) de la Unidad de Personal, según sea el caso y su respectivo sello de la Dependencia. Anote la fecha de llenado de la solicitud.

Código: DGP-CNRL-ASTT-DA-03	Fecha de Vigencia: 09 MAR. 2016	Nº Actualización: 2	Fecha de Actualización: 09 MAR. 2016	Página: 43 / 93
--------------------------------	------------------------------------	------------------------	---	--------------------



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Solicitud de Activación del Fondo de Contingencia Médica para el Personal Docente, Administrativo y Obrero de la UPEL.**

### A.- Objetivo.

Establecer las prescripciones y pasos a seguir para la solicitud y activación del Fondo de Contingencia Médica una vez agotada la cobertura de la Póliza del Seguro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM) del personal docente, administrativo y obrero de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador.

### B.- Alcance.

Rige para el personal docente, administrativo y obrero de la Universidad. Contempla desde la solicitud por parte del (la) trabajador(a) afiliado(a) beneficiario(a) o por la Clínica/ Centro Asistencial de la activación de la contingencia médica según el caso, a la Coordinación Nacional de Relaciones Laborales / Sección de Relaciones Laboral-Social, hasta la aprobación del ingreso y pago de la cobertura.

### C.- Unidad Responsable.

- Dirección General de Personal/Unidad de Personal.
- Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social.

### D.- Unidades Involucradas.

- Dirección General de Personal/ Unidad de Personal.
- Dirección General de Administración y Finanzas.
- Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social.
- Trabajadores (as).



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Solicitud de Activación del Fondo de Contingencia Médica para el Personal Docente, Administrativo y Obrero de la UPEL.**

### E.- Descripción del Procedimiento (Flujo Narrativo, Normas e Instrucciones Adicionales)

ACTIVIDADES / RESPONSABLES	NORMAS / INSTRUCCIONES ADICIONALES
<p><b>Trabajador(a) Afiliado(a)/ Beneficiario(a)</b></p> <p><b>Clínica/ Centro Asistencial</b></p> <pre>graph TD; A[Trabajador(a) Afiliado(a)/ Beneficiario(a)] --&gt; B[Clínica/ Centro Asistencial]; B --&gt; C[Dirección General de Personal/ Coordinación Nacional de Relaciones Laborales]; C --&gt; D[1. Recibe, analiza documentación y verifica el agotamiento de la cobertura.]; D --&gt; E{Disponibilidad Agotada?}; E -- No --&gt; F[2. Informa al trabajador(a) afiliado(a)/ beneficiario(a)/ Clínica/ Centro Asistencial, según el caso, que no procede.]; E -- Si --&gt; G[2];</pre> <p><b>Documentos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Recaudos</li><li>Carta Aval</li><li>Autorización del Trabajador(a) Afiliado(a)/ Beneficiario(a)</li><li>Recaudos</li><li>Presupuesto/ Factura Final</li><li>Informe Médico</li><li>Solicitud de Activación del Fondo de Contingencia Médica</li><li>Carta Aval IPP-UPEL y/o de Otra Compañía de Seguros</li></ul>	<p><b>Normas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>El Fondo de Contingencia Médica es activado a solicitud del (la) trabajador(a) afiliado(a) a través de la Clínica/ Centro Asistencial, Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social/ IPP-UPEL, una vez agotada la cobertura del Seguro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM), mediante la "Solicitud de Activación del Fondo de Contingencia Médica" o comunicación escrita del (la) trabajador(a) afiliado(a) o beneficiario. En el caso que ninguna de las partes estén en condiciones de salud óptimas, la clínica o centro asistencial tendrá la potestad de solicitarla.</li><li>El (la) titular debe anexar, previo ingreso a la Clínica/ Centro Asistencial para cirugías y eventos electivos, los siguientes recaudos:<ul style="list-style-type: none"><li>Carta aval del IPP-UPEL (Personal Docente).</li><li>Carta Aval de la Empresa Aseguradora (Personal Administrativo y Obrero).</li><li>Solicitud de Activación del Fondo de Contingencia Médica.</li><li>Presupuesto detallado de los gastos estimados por su permanencia y tratamiento a recibir.</li><li>Informe emitido por el médico tratante.</li></ul></li><li>En caso que el (la) trabajador(a) afiliado(a) o beneficiario(s) se encuentre(n) recluido(s) en la Clínica o Centro Asistencial se requieren los siguientes recaudos:<ul style="list-style-type: none"><li>Clave y Monto de la Empresa Aseguradora. (Póliza Básica).</li><li>Solicitud de Activación del Fondo de Contingencia Médica.</li><li>Informe Médico.</li><li>Presupuesto o factura final.</li><li>Para el ingreso del personal docente que posea la Póliza de Administración Riesgo Complementario (ARC), la activación del Fondo se realiza luego de agotada la Póliza de HCM, en caso de emergencia. Si es por un siniestro electivo, para el ingreso primero se activa IPP-UPEL, luego ARC y posteriormente el Fondo de Contingencia Médica.</li></ul></li></ul>



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Solicitud de Activación del Fondo de Contingencia Médica para el Personal Docente, Administrativo y Obrero de la UPEL.**

ACTIVIDADES / RESPONSABLES	NORMAS / INSTRUCCIONES ADICIONALES
<p>1</p>	<p><b>Normas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Los(as) beneficiarios(as) son todos los miembros del personal Docente, Administrativo y Obrero y su respectiva carga familiar que estén debidamente registrada en el Seguro de HCM en las Unidades de Personal de cada Instituto y Rectorado.</li><li>La cobertura del Fondo de Contingencia Médica para el personal Docente, Administrativo y Obrero es por núcleo familiar. La misma tendrá un monto anual acordado por la Universidad y los Gremios del personal docente, administrativo y obrero que ampara al Titular y sus Beneficiarios ante cualquier siniestro, el cual será deducible luego de cada siniestro, hasta el monto máximo permitido.</li><li>El Fondo de Contingencia Médica se solicita siempre y cuando el (la) trabajador(a) afiliado(a) se encuentre inscrito en el Registro de Afiliación del HCM.</li><li>El Fondo de Contingencia Médica tramitará el pago:<ul style="list-style-type: none"><li>Mediante Carta de Compromiso durante el periodo ordinario.</li><li>Mediante Reembolso al titular.</li></ul></li><li>La Dirección General de Personal/ Coordinación Nacional de Relaciones Laborales, debe velar por el estricto cumplimiento de las normas establecidas para la activación del Fondo de Contingencia Médica.</li></ul>



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Solicitud de Activación del Fondo de Contingencia Médica para el Personal Docente, Administrativo y Obrero de la UPEL.**

ACTIVIDADES / RESPONSABLES	NORMAS / INSTRUCCIONES ADICIONALES
<p>2</p> <p>Dirección General de Personal/ Coordinación Nacional de Relaciones Laborales</p> <p>6. Determina la diferencia del monto a otorgar e ingresa al sistema para registrar dicho monto en la relación de compromisos.</p> <p>7. Elabora "Carta de Ingreso y/o Egreso" en original y remite a la Dirección General de Personal junto a la documentación respectiva, según el caso.</p> <p>8. Obtiene firma y sello en la documentación como señal de aprobación por parte de la Dirección General de Personal.</p> <p>Recaudos</p> <p>Carta Aval</p> <p>Autorización del Trabajador(a) Afiliado(a)/ Beneficiario(a)</p> <p>Recaudos</p> <p>Presupuesto/ Factura Final</p> <p>Informe Médico</p> <p>Solicitud de Activación del Fondo de Contingencia Médica</p> <p>Carta Aval IPP-UPEL y/o de Otra Compañía de Seguros</p> <p>4</p> 	<p><b>Normas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Corresponde a la Coordinación Nacional de Relaciones Laborales, emitir la "Carta de Ingreso y/o Egreso" firmada y sellada por el (la) Director(a) General de Personal, previa evaluación de la documentación consignada.</li><li>- La "Carta de Ingreso" tiene validez de treinta (30) días continuos desde la fecha de su emisión.</li></ul> <p><b>Instrucciones Adicionales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- El (la) Trabajador(a) debe indicar al momento de llenar la "Solicitud de Activación del Fondo de Contingencia Médica" a que ubicación administrativa se encuentra adscrito(a), si aplica.</li></ul>

Código: DGP-CNRL-ASTT-SAFC-04	Fecha de Vigencia: 09 MAR. 2016	Nº Actualización: 2	Fecha de Actualización: 09 MAR. 2016	Página: 47 / 93
----------------------------------	------------------------------------	------------------------	---	--------------------



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Solicitud de Activación del Fondo de Contingencia Médica para el Personal Docente, Administrativo y Obrero de la UPEL.**

ACTIVIDADES / RESPONSABLES	NORMAS / INSTRUCCIONES ADICIONALES
<p>3</p> <p><b>Dirección General de Personal/ Coordinación Nacional de Relaciones Laborales</b></p> <p>9. Envía a la Clínica/ Centro Asistencial o IPP-UPEL (en caso de los Docentes) la "Carta de Ingreso y/o Egreso". 10. Elabora tres (3) ejemplares del "Acta" y remite mediante "Memorándum" a la Comisión de Salud. 11. Archiva los documentos probatorios de la activación de la contingencia médica.</p> <pre>graph TD; A[Dirección General de Personal/ Coordinación Nacional de Relaciones Laborales] --&gt; B[9. Envía a la Clínica/ Centro Asistencial o IPP-UPEL (en caso de los Docentes) la "Carta de Ingreso y/o Egreso."]; B --&gt; C[10. Elabora tres (3) ejemplares del "Acta" y remite mediante "Memorándum" a la Comisión de Salud.]; C --&gt; D[11. Archiva los documentos probatorios de la activación de la contingencia médica.]; D --&gt; E[12. Elabora "Memorándum" remitiendo "Acta" original y recaudos a la Dirección General de Administración y Finanzas.]; E --&gt; F[13. Archiva un (01) ejemplar del "Acta."];</pre> <p>12. Elabora "Memorándum" remitiendo "Acta" original y recaudos a la Dirección General de Administración y Finanzas. 13. Archiva un (01) ejemplar del "Acta".</p> <pre>graph TD; A[Acta] --&gt; B[Memorándum]; B --&gt; C[Dirección General de Administración y Finanzas]; C --&gt; D[Expediente]; D --&gt; E[Acta]; E --&gt; F[Memorándum];</pre>	<p><b>Normas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Corresponde a la Coordinación Nacional de Relaciones Laborales la emisión del "Acta" a la Comisión de Salud, una vez recibida la documentación correspondiente a la liquidación por parte del Centro Asistencial.</li><li>- La Comisión de Salud es designada por el Comité Consultivo del Personal Administrativo y Obrero para efectuar la conformación y aprobación de la solicitud de activación del Fondo de Contingencia Médica. En el caso del Personal Docente actúa como representante en la Comisión de Salud el (la) Presidente(a) de APROUPEL,</li><li>- La Comisión de salud es la encargada de dar conformidad a las Actas al Fondo de Contingencia Médica del monto otorgado.</li></ul>



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Solicitud de Activación del Fondo de Contingencia Médica para el Personal Docente, Administrativo y Obrero de la UPEL.**

### F. Formularios y Documentos Utilizados:

- “Solicitud de Activación del Fondo de Contingencia Médica”.

### G. Instructivo:

- **Formulario:** “Solicitud de Activación del Fondo de Contingencia Médica”.

**Código:** DSP/CNRL/ABSE: 06

**Presentación:** Tamaño Carta.

**Impresión:** Tinta Negra en Anverso.

**Papel:** Bond.

**Distribución:** Original: Coordinación Nacional de Relaciones Laborales.  
Duplicado: Afiliado(a).

**Período de Retención:** Un (1) año.

**Unidad de Origen:** Coordinación Nacional de Relaciones Laborales.

**Frecuencia:** Cada vez que el (la) trabajador(a) requiera la activación del Fondo de Contingencia Médica, una vez agotada la cobertura de la Póliza de HCM.



1. N°:

2. Fecha:

## SOLICITUD DE ACTIVACIÓN DEL FONDO DE CONTINGENCIA MÉDICA

### DATOS DEL (LA) TRABAJADOR(A) AFILIADO(A)

3. Nombres y Apellidos:	4. Cédula de Identidad:
-------------------------	-------------------------

5. Dirección de Habitación:	6. Teléfono de Habitación/ Oficina/ N° Celular:
-----------------------------	---

7. Tipo de Personal:	8. Condición Laboral:	9. Ubicación Administrativa (Rectorado/ Instituto Pedagógico):
----------------------	-----------------------	--

Docente  Administrativo  Obrero

Activo  Jubilado

10. Dependencia de Adscripción:	11. Cargo:	12. Teléfono/ Extension:
---------------------------------	------------	--------------------------

### DATOS DEL(LA) BENEFICIARIO(A)

13. Nombres y Apellidos:	14. Cédula de Identidad:	15. Parentesco con el (la) Trabajador(a) Afiliado(a):
--------------------------	--------------------------	---

16. Posee otra Póliza de HCM:	17. Nombre de la Compañía Aseguradora:	18. Número de la Póliza:
-------------------------------	--	--------------------------

Si  No

### DATOS DE LA CLÍNICA O CENTRO ASISTENCIAL

19. Nombre de la Clínica/ Centro Asistencial:	20. Teléfonos:
---	----------------

21. Dirección:
----------------

	22. Correo Electrónico:	23. Motivo del Siniestro:
--	-------------------------	---------------------------

Enfermedad  Accidente  Maternidad  Ambulatorio

24. Fecha del Siniestro:	25. Monto Total del Siniestro:	26. Monto Reconocido por Cobertura de HCM:	27. Monto de Exceso según Factura:
--------------------------	--------------------------------	--	------------------------------------

28. Diagnóstico:

Bajo fe de juramento, declaro que los datos que suministrados son correctos y exactos y autorizo la investigación de estas declaraciones.

29. Trabajador(a)/ beneficiario(a)

Firma

Cédula de Identidad:

### SOLO PARA SER LLENADO POR LA COORDINACIÓN NACIONAL DE RELACIONES LABORALES/ SECCIÓN DE RELACIONES LABORAL-SOCIAL

30. Está incluido en el Registro de Afiliación:	31. Número del Registro:	32. Monto en Bolívares de la Contingencia Médica:
---	--------------------------	---

Si  No

33. Monto en letras de la Contingencia Médica:
--

34. Observaciones:	35. Imputación Presupuestaria	36. Coordinación Nacional de Relaciones Laborales / Sección de Relaciones Laboral-Social
--------------------	-------------------------------	--

Proy	Acc	UEL	Prod	

Firma y Sello  
Fecha: \_\_\_\_\_



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Solicitud de Activación del Fondo de Contingencia Médica para el Personal Docente, Administrativo y Obrero de la UPEL.**

**Instrucciones:** Este formulario debe ser llenado de acuerdo a las siguientes instrucciones:

### CAMPO INSTRUCCIÓN

- 01** Anote el número del correlativo correspondiente a la solicitud.
- 02** Anote la fecha de llenado de la solicitud.

### DATOS DEL (LA) TRABAJADOR(A) AFILIADO(A)

- 03** Escriba Nombres y Apellidos tal como aparece en la cédula de identidad.
- 04** Anote el número de la Cédula de Identidad.
- 05** Escriba la dirección de habitación.
- 06** Anote el número de teléfono donde pueda ser localizado correspondiente a Habitación, Oficina, o Celular.
- 07** Marque con una equis (x) en el recuadro correspondiente el tipo de personal: Docente, Administrativo, Obrero.
- 08** Marque con una equis (x) en el recuadro correspondiente la condición laboral del (la) trabajador(a): Activo(a), Jubilado(a).
- 09** Escriba la ubicación administrativa: Rectorado o Instituto Pedagógico, según el caso.
- 10** Escriba el nombre de la Dependencia de Adscripción.
- 11** Escriba la denominación del cargo que ocupa.
- 12** Anote el número de teléfono y/o Extensión.

### DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

- 13** Escriba Nombres y Apellidos tal como aparece en la cédula de identidad.
- 14** Anote el número de la Cédula de Identidad.
- 15** Escriba el vínculo o parentesco que el beneficiario tiene con el (la) trabajador(a) afiliado(a).
- 16** Marque con una equis (x) en el recuadro correspondiente si como titular es beneficiario(a) de otra póliza de seguro.
- 17** Escriba el nombre de la Compañía Aseguradora, en caso de ser afirmativa la opción anterior.
- 18** Anote el número correspondiente a la Póliza de Seguro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad.



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Solicitud de Activación del Fondo de Contingencia Médica para el Personal Docente, Administrativo y Obrero de la UPEL.**

### DATOS DE LA CLÍNICA O CENTRO ASISTENCIAL

- 19 Escriba el nombre completo de la Clínica o Centro Asistencial donde fue atendido, según el caso.
- 20 Anote el (los) número(s) de teléfono de la Clínica o Centro Asistencial.
- 21 Escriba la dirección de ubicación exacta de la Clínica o Centro Asistencial (especificando ciudad, estado).
- 22 Coloque el correo electrónico de la Clínica o Centro Asistencial
- 23 Marque con una equis (x) en el recuadro correspondiente a la opción motivo del siniestro que origina la solicitud (enfermedad, accidente, maternidad, ambulatorio).
- 24 Anote la fecha de ocurrencia del siniestro (Día, Mes y Año).
- 25 Anote el monto total del siniestro en bolívares (Bs.).
- 26 Anote el monto reconocido por cobertura del Seguro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad en bolívares (Bs.).
- 27 Anote el monto del exceso según factura (s) expedida(s).
- 28 Escriba brevemente, el diagnóstico presentado por el médico tratante.
- 29 Registre la firma del (la) trabajador(a) que solicita el beneficio y anote el número de la Cédula de Identidad.

### SOLO PARA SER LLENADO POR LA COORDINACIÓN NACIONAL DE RELACIONES LABORALES/ SECCIÓN DE RELACIONES LABORAL-SOCIAL

- 30 Marque con una equis (x) en el recuadro correspondiente si el (la) trabajador(a) se encuentra inscrito en el registro de afiliación.
- 31 Anote el número de registro correspondiente a la afiliación del (la) trabajador(a).
- 32 Anote el monto de la contingencia médica en bolívares (Bs.).
- 33 Anote el monto de la contingencia médica en letras.
- 34 Escriba las observaciones que considere necesarias para complementar la información registrada.
- 35 Anote los códigos correspondientes a la imputación presupuestaria, en cuanto a:
  - Proyecto.
  - Acción Específica.
  - Unidad Ejecutora Local.
  - Producto.
- 36 Registre la firma del (la) Analista responsable de procesar la solicitud y el sello de la Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social. Anote la fecha de llenado de la solicitud.

Código: DGP-CNRL-ASTT-SAFC-04	Fecha de Vigencia: 09 MAR. 2016	Nº Actualización: 2	Fecha de Actualización: 09 MAR. 2016	Página: 52 / 93
----------------------------------	------------------------------------	------------------------	---	--------------------



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Tramitación del Pago por Reembolso ante el Fondo de Contingencia Médica.**

### A.- Objetivo.

Determinar los lineamientos y pasos a seguir para la tramitación ante el Fondo de Contingencia Médica del pago de gastos médicos en los que haya ocurrido el (la) trabajador(a) afiliado(a) y su carga familiar por los casos no amparados, excesos no indemnizados por el sistema de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM) en la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL) o cuya magnitud sobrepase la cobertura del HCM.

### B.- Alcance.

Rige para el personal Docente, Administrativo y Obrero de la UPEL y contempla desde el llenado de la solicitud de reembolso por contingencia médica por parte del (la) trabajador(a) afiliado(a) ante el Fondo de Contingencia Médica, la entrega de la documentación justificativa a la Coordinación Nacional de Relaciones Laborales / Sección de Relaciones Laboral-Social, para la determinación y aprobación del monto a cancelar.

### C.- Unidad Responsable.

- Coordinación Nacional de Relaciones Laborales.

### D.- Unidades Involucradas.

- Dirección General de Personal.
- Coordinación Nacional de Relaciones Laborales.
- Dirección General de Administración y Finanzas.
- Trabajadores (as).

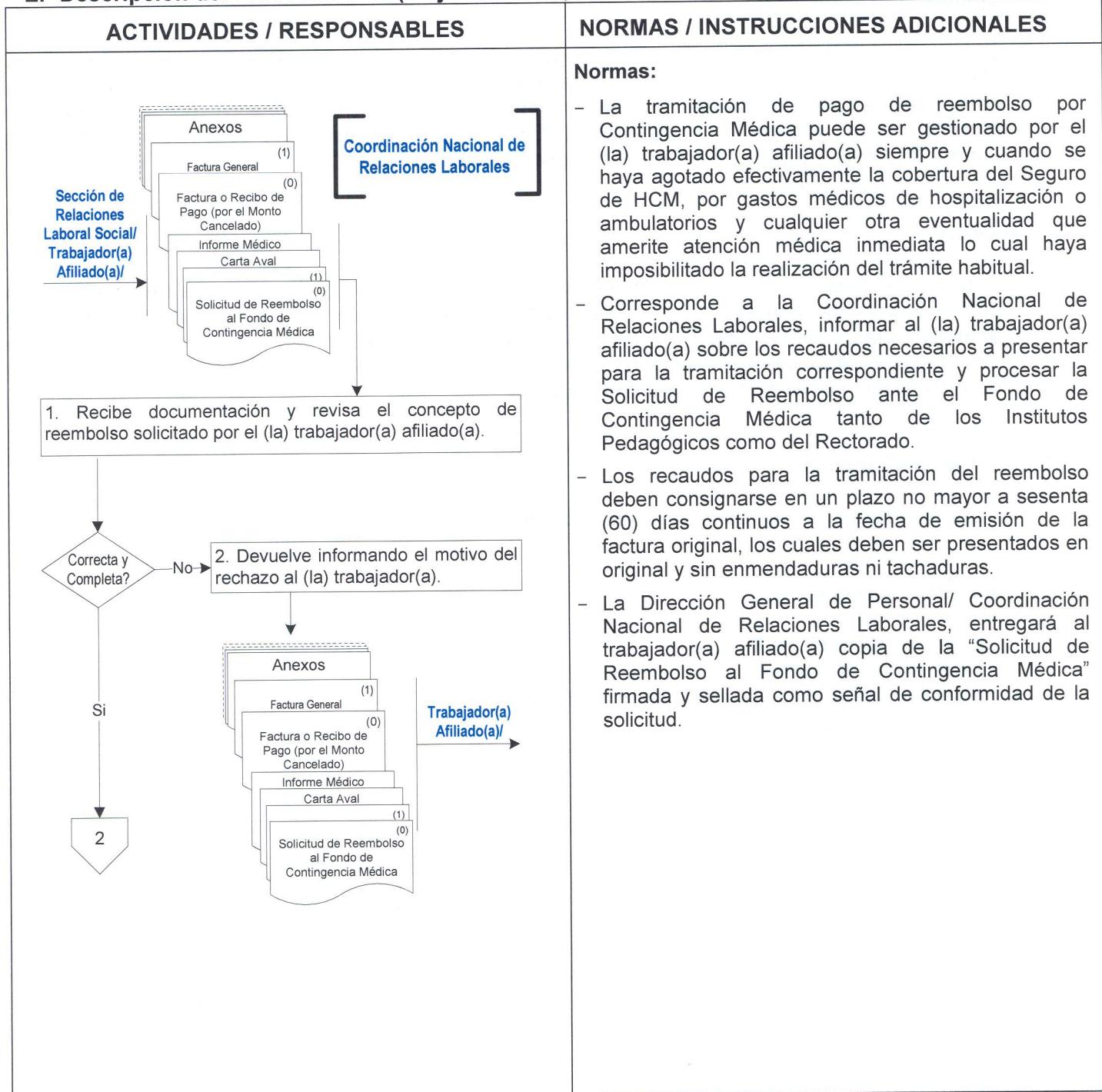


## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Tramitación del Pago por Reembolso ante el Fondo de Contingencia Médica.**

### E.- Descripción del Procedimiento (Flujo Narrativo, Normas e Instrucciones Adicionales)

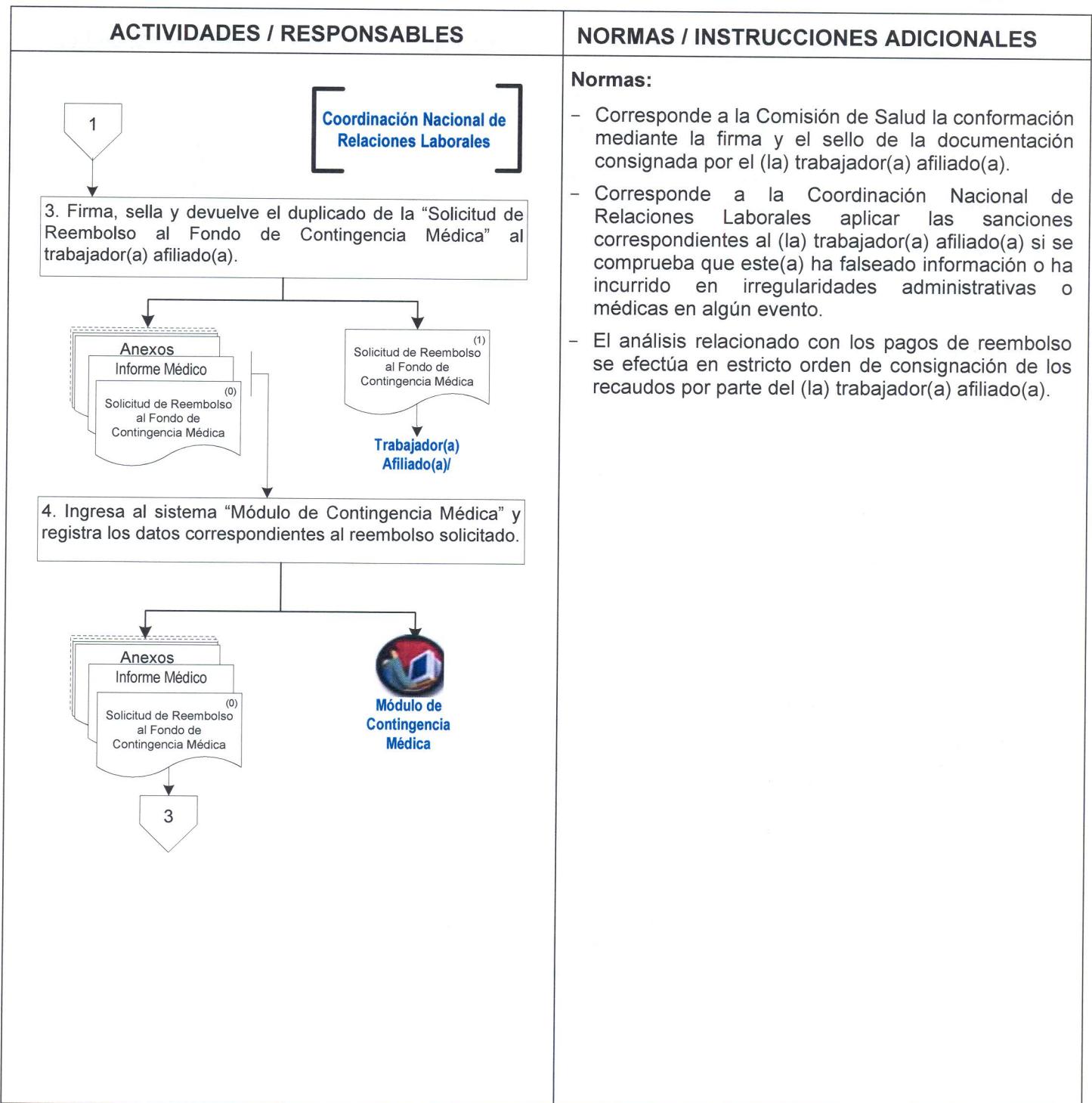




## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Tramitación del Pago por Reembolso ante el Fondo de Contingencia Médica.**





## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Tramitación del Pago por Reembolso ante el Fondo de Contingencia Médica.**

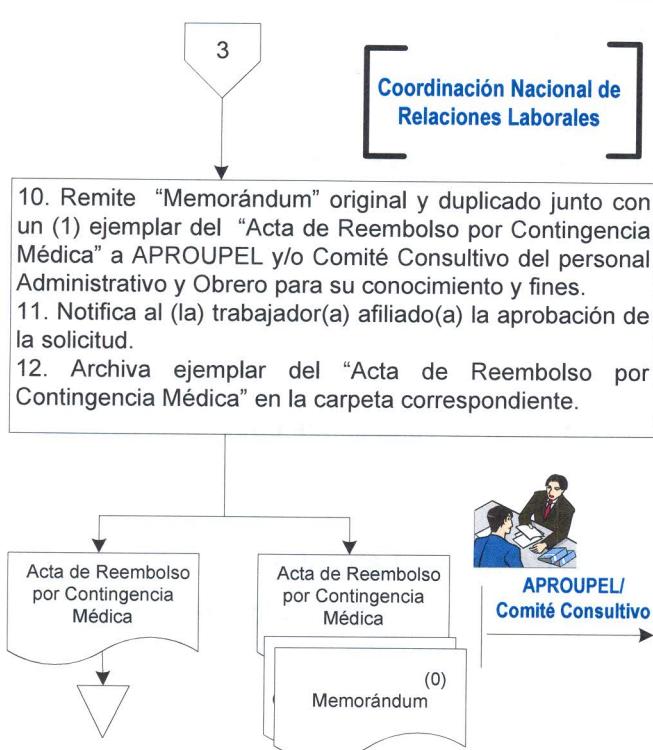
ACTIVIDADES / RESPONSABLES	NORMAS / INSTRUCCIONES ADICIONALES
<p>2</p> <p>Coordinación Nacional de Relaciones Laborales</p> <p>5. Determina la diferencia sobre el total a cancelar según el monto del exceso de HCM.</p> <p>6. Elabora y emite (3) ejemplares de "Acta de Reembolso por Contingencia Médica" para la revisión y aprobación de la Comisión de Salud.</p> <p>7. Archiva "Solicitud de Reembolso ante el Fondo de Contingencia Médica, "Informe Médico y los exámenes en la carpeta correspondiente.</p> <p>8. Recibe aprobados y sellados por la Comisión de Salud ejemplares del "Acta de Reembolso por Contingencia Médica".</p> <p>9. Remite "Memorándum" original y duplicado a la Dirección General de Administración y Finanzas junto con "Acta de Reembolso por Contingencia Médica" y Relación Mensual de Pagos de Siniestros para el ordenamiento de pago.</p> <p>4</p>	<p><b>Normas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Corresponde a la Coordinación Nacional de Relaciones Laborales mantener informado a los distintos gremios y a la Dirección General de Personal sobre la tramitación efectuada.</li></ul>



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Tramitación del Pago por Reembolso ante el Fondo de Contingencia Médica.**

ACTIVIDADES / RESPONSABLES	NORMAS / INSTRUCCIONES ADICIONALES
<p>3</p> <p>Coordinación Nacional de Relaciones Laborales</p> <p>10. Remite "Memorándum" original y duplicado junto con un (1) ejemplar del "Acta de Reembolso por Contingencia Médica" a APROUPEL y/o Comité Consultivo del personal Administrativo y Obrero para su conocimiento y fines. 11. Notifica al (la) trabajador(a) afiliado(a) la aprobación de la solicitud. 12. Archiva ejemplar del "Acta de Reembolso por Contingencia Médica" en la carpeta correspondiente.</p> 	<p>Normas:</p>



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Tramitación del Pago por Reembolso ante el Fondo de Contingencia Médica.**

### F.- Formularios y Documentos Utilizados:

- “Solicitud de Reembolso al Fondo de Contingencia Médica”

### G.- Instructivo:

- **Formulario:** Solicitud de Reembolso al Fondo de Contingencia Médica.

**Código:** DSP/ CNRL/ABSE: 07

**Presentación:** Tamaño Carta.

**Impresión:** Tinta Negra en Anverso.

**Papel:** Bond.

**Distribución:** Original: Coordinación Nacional de Relaciones Laborales.  
Duplicado: Afiliado(a).

**Período de Retención:** Un (1) año.

**Unidad de Origen:** Coordinación Nacional de Relaciones Laborales.

**Frecuencia:** Cada vez que el (la) trabajador(a) solicite el pago de reembolso al Fondo de Contingencia Médica.



## SOLICITUD DE REEMBOLSO AL FONDO DE CONTINGENCIA MÉDICA

1. N.º de Solicitud:

2. Fecha de Recepción:

3. Tipo de Personal:	4. Concepto del Reembolso:	5. Número de Clave:	6. Otorgado por:
<input type="checkbox"/> Docente <input type="checkbox"/> Administrativo <input type="checkbox"/> Obrero	<input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Maternidad		

7. Documentos Consignados:

Informe Médico  Presupuesto  Factura (Original)  Recibo (Original)  Cédula de Identidad (copia)  Constancia de Finiquito

### DATOS DEL (LA) AFILIADO(A)/ TITULAR

8. Nombres y Apellidos:	9. Cédula de Identidad:	
10. Ubicación Administrativa (Rectorado/ Instituto Pedagógico):	11. Dependencia de Adscripción:	12. Teléfono/ Extensión:
13. Número de Cuenta Bancaria:	14. Banco:	15. Tipo de Cuenta: <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Ahorro

### DATOS DEL (LA) BENEFICIARIO(A)

16. Nombres y Apellidos:	17. Cédula de Identidad:	18. Parentesco con el (la) Trabajador(a) Afiliado(a):
19. Posee otra Póliza de HCM:	20. Nombre de la Compañía Aseguradora:	21. Número de la Póliza:
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

### DATOS DE LA CLÍNICA O CENTRO ASISTENCIAL

22. Nombre de la Clínica/ Centro Asistencial:	23. Teléfonos:
24. Dirección:	

### DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

25. Nombres y Apellidos:	26. Cédula de Identidad:	
27. Teléfono(s):	28. Código del Colegio de Médicos:	29. Número MPPS:

### DATOS DEL SINIESTRO

30. Fecha del Siniestro:	31. Monto Total del Siniestro:	32. Monto Reconocido por Cobertura de HCM:	33. Monto de Exceso según Factura:	34. Fecha de Egreso:
35. Diagnóstico:				

36. Afiliado(a)/ Titular:

Bajo fe de juramento declaro que los datos suministrados son correctos y exactos y autorizo la investigación de estas declaraciones.

Firma

Cédula de Identidad:

### SOLO PARA SER LLENADO POR LA COORDINACIÓN NACIONAL DE RELACIONES LABORALES/ SECCIÓN DE RELACIONES LABORAL-SOCIAL

37. Observaciones:	38. Imputación Presupuestaria				39. Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral Sociai
	Proy	Acc	UEL	Prod	

Firma y Sello

Fecha:



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Tramitación del Pago por Reembolso ante el Fondo de Contingencia Médica.**

**Instrucciones:** Este formulario debe ser llenado de acuerdo a las siguientes instrucciones:

### CAMPO INSTRUCCIÓN

- 01 Anote el número del correlativo correspondiente.
- 02 Anote la fecha de recepción de la solicitud.
- 03 Marque con una equis (x) en el recuadro correspondiente el tipo de personal: Docente, Administrativo, Obrero.
- 04 Marque con una equis (x) en el recuadro correspondiente al concepto de reembolso: Hospitalización, Cirugía o Maternidad.
- 05 Anote el número de la clave asignada por el (la) Operador(a) del Seguro.
- 06 Escriba Nombres y Apellidos del (la) Operador(a) del Seguro.  
Marque con una equis (x) en el recuadro correspondiente a los documentos consignados:
- 07 Informe Médico, Presupuesto, Factura original, Recibo de Pago original, Cédula de Identidad, Constancia de Finiquito.

### DATOS DEL (LA) AFILIADO(A)/ TITULAR

- 08 Escriba Nombres y Apellidos tal como aparece en la Cédula de Identidad.
- 09 Anote el número de la Cédula de Identidad.
- 10 Escriba la ubicación administrativa: Rectorado o Instituto, según el caso.
- 11 Escriba el nombre de la Dependencia de Adscripción.
- 12 Anote el número de teléfono o extensión donde pueda ser localizado.
- 13 Anote el número de la Cuenta Bancaria en el que se realizará el depósito correspondiente al reembolso solicitado.
- 14 Escriba el nombre de la Entidad Bancaria donde el (la) Afiliado(a)/ Titular posee la cuenta.
- 15 Marque con una equis (x) en el recuadro correspondiente el tipo de cuenta bancaria: corriente, ahorro.

### DATOS DEL (LA) BENEFICIARIO(A)

- 16 Escriba Nombres y Apellidos tal como aparece en la Cédula de Identidad.
- 17 Anote el número de la Cédula de Identidad.
- 18 Escriba el vínculo o parentesco que el (la) beneficiario(a) tiene con el (la) afiliado(a) titular.
- 19 Marque con una equis (x) en el recuadro correspondiente si como titular es beneficiario(a) de otra póliza de seguro.



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Tramitación del Pago por Reembolso ante el Fondo de Contingencia Médica.**

### CAMPO INSTRUCCIÓN

- 20 Escriba el nombre de la Compañía Aseguradora, en caso de ser afirmativa la opción anterior.
- 21 Anote el número correspondiente a la Póliza de Seguro de Hospitalización, Cirugía y Maternidad.

### DATOS DE LA CLÍNICA O CENTRO ASISTENCIAL

- 22 Escriba el nombre completo de la Clínica o Centro Asistencial donde fue atendido, según el caso.
- 23 Anote el (los) número(s) de teléfono de la Clínica o Centro Asistencial.
- 24 Escriba la dirección de ubicación exacta de la Clínica o Centro Asistencial (especificando ciudad, estado).

### DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

- 25 Escriba Nombres y Apellidos tal como aparece en la Cédula de Identidad.
- 26 Anote el número de la Cédula de Identidad.
- 27 Anote el número de teléfono o extensión donde pueda ser localizado.
- 28 Anote el número correspondiente al Código de Registro del Colegio de Médicos.
- 29 Anote el número correspondiente al Registro ante el Ministerio del Poder Popular para la Salud.

### DATOS DEL SINIESTRO

- 30 Anote la fecha de ocurrencia del siniestro (día, mes y año).
- 31 Anote el monto total en bolívares correspondiente al siniestro.
- 32 Anote el monto reconocido por cobertura de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (HCM).
- 33 Anote el monto en bolívares correspondiente al exceso según factura.
- 34 Anote la fecha correspondiente al egreso de la Clínica/ Centro Asistencial (día, mes y año).
- 35 Escriba en forma detallada y legible el informe relacionado con el siniestro.
- 36 Registre la firma del (la) Afiliado(a) Titular y anote el número de la Cédula de Identidad.

### SOLO PARA SER LLENADO POR LA COORDINACIÓN NACIONAL DE RELACIONES LABORALES/ SECCIÓN DE RELACIONES LABORAL-SOCIAL

- 37 Escriba las observaciones que considere necesarias para complementar la información registrada.
- 38 Anote los códigos correspondientes a la imputación presupuestaria, en cuanto a:
  - Proyecto.
  - Acción Específica.
  - Unidad Ejecutora Local.
  - Producto.
- 39 Registre la firma del (la) Analista responsable de procesar la solicitud y el sello de la Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social. Anote la fecha de llenado de la solicitud.

Código: DGP-CNRL-ASTT-TPR-05	Fecha de Vigencia: 09 MAR. 2016	Nº Actualización: 2	Fecha de Actualización: 09 MAR. 2016	Página: 61 / 93
---------------------------------	------------------------------------	------------------------	---	--------------------



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Afiliación del (la) Trabajador(a) ante el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.**

### A.- Objetivo.

Determinar los lineamientos y pasos a seguir para la afiliación del personal Docente, Administrativo y Obrero de la Universidad ante el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.

### B.- Alcance.

Rige para el personal Docente, Administrativo y Obrero de la UPEL, y contempla desde la consignación de los documentos necesarios para el registro ante el Seguro Social Obligatorio y le corresponde a la Coordinación Nacional de Relaciones Laborales / Sección de Relaciones Laboral-Social, la tramitación ante el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales hasta la recepción del aval por parte del IVSS.

### C.- Unidad Responsable.

- Coordinación Nacional de Relaciones Laborales / Sección de Relaciones Laboral-Social.

### D.- Unidades Involucradas.

- Dirección General de Personal/ Unidad de Personal.
- Coordinación Nacional de Relaciones Laborales / Sección de Relaciones Laboral-Social.
- Trabajadores (as).



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Afilación del (la) Trabajador(a) ante el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.**

### E. Descripción del Procedimiento (Flujo Narrativo, Normas e Instrucciones Adicionales)

ACTIVIDADES / RESPONSABLES	NORMAS / INSTRUCCIONES ADICIONALES
<p><b>Diagrama de flujo:</b></p> <p>1. Recibe de la Coordinación Nacional de Procesos Técnicos/ Sección de Apoyo Técnico "Punto de Cuenta" con la información de ingreso del (la) trabajador(a) fijo o contratado.</p> <p>2. Imparte la inducción del beneficio al Trabajador</p> <p>3. Entrega formato al trabajador para que registre la información relacionada con el ingreso y carga familiar.</p> <p>4. Punto de decisión: "Correcta y completa?"</p> <p>Si: Trabajador(a) que ingresa a la Universidad</p> <p>No: Devuelve recaudos al (la) trabajador(a) indicando observaciones.</p> <p>5. Recaudos</p> <p>6. Dirección General de Personal /Unidad de Personal (Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social)</p>	<p><b>Normas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Es responsabilidad de la Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social validar los documentos consignados por el trabajador, requeridos para su ingreso ante el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.</li><li>Los miembros del personal Docente, Administrativo y Obrero que se encuentren registrados en la nómina de la Universidad en condición de personal activo y contratado están sujetos a afiliarse al Seguro Social Obligatorio, así como a su carga familiar.</li><li>El personal Docente, Administrativo y Obrero que pertenezca a la nómina de la Universidad en calidad de personal fijo y contratado debe ser afiliado dentro de los primeros tres (3) días hábiles siguientes al inicio de la relación laboral, en el Sistema de Seguridad Social y a cotizar al Régimen Prestacional de Empleo, conforme con lo establecido en la Ley.</li><li>La Coordinación Nacional de Procesos Técnicos/ Sección de Apoyo Técnico, es la dependencia responsable de suministrar la información necesaria sobre el (la) trabajador(a) que ingresa a la Universidad en condición de fijo o contratado dentro de los tres (3) primeros días de su incorporación con el fin de llevar a cabo su inscripción en el Seguro Social Obligatorio. (Paso 1).</li><li>Corresponde a la Coordinación Nacional de Relaciones Laborales / Sección de Relaciones Laboral-Social verificar el cumplimiento de los requisitos y /o documentos a ser consignados por el (la) trabajador(a) que se exigen para la inclusión de la carga familiar al Seguro Social Obligatorio. (Paso 2).</li><li>Los requisitos para la inclusión de la carga familiar al Seguro Social Obligatorio por el (la) trabajador(a), son los siguientes:<ul style="list-style-type: none"><li><b>Hijo(a):</b><ul style="list-style-type: none"><li>Acta de nacimiento, acta de reconocimiento (en caso de hijo reconocido), acta de adopción (en caso de hijo adoptado).</li><li>Fotocopia de la Cédula de Identidad, mayores de nueve (9) años.</li></ul></li><li><b>Cónyuge o Concubino(a):</b><ul style="list-style-type: none"><li>Fotocopia de la Cédula de Identidad.</li><li>Acta de matrimonio o constancia de unión estable de hecho, expedida por la autoridad civil.</li></ul></li><li><b>Padres:</b><ul style="list-style-type: none"><li>Fotocopia de la Cédula de Identidad.</li><li>Acta de nacimiento del trabajador.</li></ul></li></ul></li></ul>

Código: DGP-CNRL-ASTT-ATRSSO-06	Fecha de Vigencia: 09 MAR. 2016	Nº Actualización: 2	Fecha de Actualización: 09 MAR. 2016	Página: 63 / 93
------------------------------------	------------------------------------	------------------------	---	--------------------



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Afiliación del (la) Trabajador(a) ante el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.**

ACTIVIDADES / RESPONSABLES	NORMAS / INSTRUCCIONES ADICIONALES
<p>1</p> <p>4. Accesa a la página web del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, emite la cuenta individual, verifica estatus del (la) trabajador en el sistema.</p> <p>5. La Sección de Relaciones Laboral-Social envía por correo electrónico a la Coordinación Nacional de Relaciones Laborales el ingreso del trabajador.</p> <p>6. La Coordinación Nacional de Relaciones Laborales, recibe el correo y registra los datos de identificación del (la) trabajador(a) que ingresa en el Sistema TIUNA mediante el formulario respectivo, confirma y finaliza registro.</p> <p>7. Notifica al Instituto Pedagógico mediante comunicación, el ingreso del (la) trabajador(ra).</p>	<p><b>Normas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- La Coordinación Nacional de Relaciones Laborales / Sección de Relaciones Laboral-Social, es la dependencia responsable de informar y asesorar a los (as) trabajadores(as) a que verifiquen sus datos a través de la página web del IVSS, consultando la Cuenta Individual.</li><li>- La Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social, es la dependencia responsable de verificar el estatus del (la) trabajador(a) que ingresa en el Seguro Social Obligatorio, con el fin de llevar a cabo su inscripción. No es condición indispensable que el (la) trabajador(a) que ingresa se encuentre cesante para efectuar su incorporación al sistema (Paso 4).</li><li>- La Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social, es la dependencia responsable de afiliar al Seguro Social Obligatorio del IVSS a los trabajadores de la Universidad, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a su ingreso. (Paso 5).</li><li>- La Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social, previa información de los Institutos Pedagógicos tramitará vía correo electrónico la afiliación ante el IVSS el ingreso del (la) trabajador(a), inclusión de familiares o cambio de dirección, mediante el Sistema de Gestión y Autoliquidación TIUNA.</li><li>- Corresponde a la Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social brindar a los trabajadores de la Universidad la información y el asesoramiento necesarios sobre los beneficios que ofrece el IVSS.</li></ul>



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Actualización del Registro del (la) Trabajador(a) Afiliado(a) ante el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.**

### A.- Objetivo.

Determinar los lineamientos y pasos a seguir para la actualización del registro de afiliados ante el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales de las variaciones por cambio de salario, actualización de datos personales o carga familiar del personal Docente, Administrativo y Obrero.

### B.- Alcance.

Rige para el personal Docente, Administrativo y Obrero de la UPEL, y contempla desde la consignación de los documentos necesarios para la actualización ante el Seguro Social Obligatorio y le corresponde a la Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social, el procesamiento en el Sistema de Gestión y Autoliquidación TIUNA hasta la emisión de la cuenta individual del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales del trabajador.

### C.- Unidad Responsable.

- Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social.

### D.- Unidades Involucradas.

- Dirección General de Personal/ Unidad de Personal.
- Coordinación Nacional de Relaciones Laborales / Sección de Relaciones Laboral-Social.
- Coordinación Nacional de Registro y Control/ Sección de Registro y Control.
- Trabajadores (as).

Código: DGP-CNRL-ASTT-ARTSSO-07	Fecha de Vigencia: 09 MAR. 2016	Nº Actualización: 2	Fecha de Actualización: 09 MAR. 2016	Página: 65 / 93
------------------------------------	------------------------------------	------------------------	---	--------------------



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Actualización del Registro del (la) Trabajador(a) Afiliado(a) ante el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.**

### E. Descripción del Procedimiento (Flujo Narrativo, Normas e Instrucciones Adicionales)

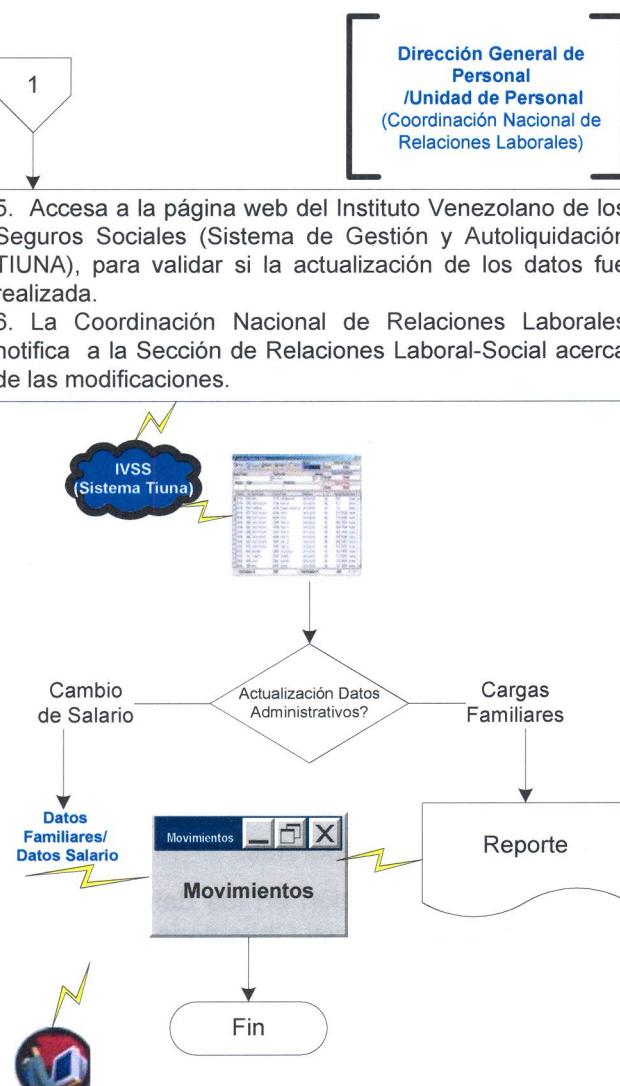
ACTIVIDADES / RESPONSABLES	NORMAS / INSTRUCCIONES ADICIONALES
<p><b>Trabajador(a)</b> → <b>Coordinación Nacional/ Sección de Registro y Control</b> →</p> <p>1. Recibe y revisa documentos consignados por el (la) trabajador(a) o Coordinación Nacional de Registro y Control/ Sección de Registro y Control, según el caso.</p> <p>2. Detecta la necesidad de efectuar la actualización del Registro de Afiliado en el Seguro Social Obligatorio, según aplique.</p> <p>3. Remite a la Coordinación Nacional de Relaciones Laborales las modificaciones a través de un correo electrónico.</p> <p>4. Recibe las modificaciones de la Sección de Relaciones Laboral-Social, a través de un correo electrónico.</p> <p>↓</p> <p>2</p>	<p><b>Normas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- El (la) afiliado(a) debe notificar a la Coordinación Nacional de Relaciones Laborales / Sección de Relaciones Laboral-Social, cualquier cambio en los datos de inscripción registrados en el Seguro Social Obligatorio.</li><li>- La Coordinación Nacional de Relaciones Laborales es la dependencia responsable de verificar las posibles variaciones en cuanto a sueldos y salarios, por concepto de aumento por decreto presidencial del Ejecutivo Nacional para el Personal Docente, Administrativo y Obrero.(Paso 1).</li></ul> <p><b>Instrucciones Adicionales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- En caso de modificación por causa de errores en los datos personales del (la) trabajador(a) relacionados con: Cédula de Identidad, nombres, apellidos, sexo, fecha de nacimiento, deben ser tramitados directamente por el (la) trabajador(a) ante el Servicio Administrativo de Identificación, Migración y Extranjería (SAIME). En este caso el (la) trabajador(a) debe consignar ante la Coordinación Nacional de Relaciones Laborales / Sección de Relaciones Laboral-Social la constancia de tramitación de modificación de errores en los datos personales.</li></ul>



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Actualización del Registro del (la) Trabajador(a) Afiliado(a) ante el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.**

ACTIVIDADES / RESPONSABLES	NORMAS / INSTRUCCIONES ADICIONALES
<p>1</p> <p>Dirección General de Personal /Unidad de Personal (Coordinación Nacional de Relaciones Laborales)</p> <p>5. Accesa a la página web del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (Sistema de Gestión y Autoliquidación TIUNA), para validar si la actualización de los datos fue realizada.</p> <p>6. La Coordinación Nacional de Relaciones Laborales notifica a la Sección de Relaciones Laboral-Social acerca de las modificaciones.</p> 	<p><b>Normas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- La Coordinación Nacional de Relaciones Laborales, es la dependencia responsable de corregir, solucionar y tramitar cualquier modificación por error de datos administrativos.</li><li>- La Coordinación Nacional de Relaciones Laborales, es la dependencia responsable de informar ante la Dirección de Afiliación y Fiscalización de las oficinas Administrativas del IVSS, a través de la Forma 14-10 "Relación de Novedades" sobre los trabajadores que se encuentren de reposo médico, permiso no remunerado, para lo cual debe consignar y tomar en cuenta los siguientes recaudos:<ul style="list-style-type: none"><li>• Original y dos (2) photocopies of the Forma 14-10 "Relación de Novedades".</li></ul></li></ul>

Código: DGP-CNRL-ASTT-ARTSSO-07	Fecha de Vigencia: 09 MAR. 2016	Nº Actualización: 2	Fecha de Actualización: 09 MAR. 2016	Página: 67 / 93
------------------------------------	------------------------------------	------------------------	---	--------------------



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Actualización del Registro del (la) Trabajador(a) Afiliado(a) ante el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.**

### F. Formularios y Documentos Utilizados:

- “Registro de Actualización de Datos en el Seguro Social Obligatorio (Sistema TIUNA).”

### G. Instructivo:

- **Formulario:** Registro de Actualización de Datos en el Seguro Social Obligatorio (Sistema TIUNA).

**Código:** DSP/CNRL/ABSE: 024

**Utilización:** Servir como documento base para el registro de la información del (la) trabajador(a) afiliado(a) en el Seguro Social Obligatorio que requiera actualizar datos de tipo laboral o relacionado con su carga familiar.

**Presentación:** Tamaño Carta.

**Impresión:** Tinta Negra en Anverso.

**Papel:** Bond.

**Distribución:** Original: Coordinación Nacional de Relaciones Laborales.  
Duplicado:

**Período de Retención:** Seis (6) meses.

**Unidad de Origen:** Coordinación Nacional de Relaciones Laborales.

**Frecuencia:** Cada vez que se realice una actualización en los datos del (la) trabajador(a) afiliado(a) en el Seguro Social Obligatorio.



## REGISTRO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS EN EL SEGURO SOCIAL OBLIGATORIO (SISTEMA TIUNA)

1. Fecha:

### DATOS PERSONALES DEL (LA) TRABAJADOR(A) AFILIADO(A)

2. Nombres y Apellidos:	3. Fecha de Nacimiento:	4. Cédula de Identidad:	5. Estado Civil:
6. Habilidad Motriz: <input type="checkbox"/> Zurdo <input type="checkbox"/> Derecho	7. Teléfono Habitación/ Oficina/ Celular:	8. Correo Electrónico:	9. Correo Alternativo:
10. Cargo:	11. Fecha de Ingreso:	12. Ubicación Administrativa (Rectorado/ Instituto Pedagógico):	

### DIRECCIÓN DE HABITACIÓN

13. Calle/ Avenida:	14. N° Casa/ Edificio:	15. Piso:	16. Apartamento:
17. Parroquia:	18. Municipio:	19. Estado:	

### CARGA DE FAMILIARES

20. Cédula de Identidad	21. Nombres y Apellidos	22. Fecha de Nacimiento			23. Sexo		24. Parentesco
		D	M	A	M	F	

25. Observaciones:

26. Trabajador(a) Afiliado(a):

Firma  
Fecha: \_\_\_\_\_



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Actualización del Registro del (la) Trabajador(a) Afiliado(a) ante el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales**

**Instrucciones:** Este formulario debe ser llenado de acuerdo a las siguientes instrucciones:

### CAMPO INSTRUCCIÓN

**01** Anote la fecha de llenado de la solicitud.

### DATOS DEL (LA) TRABAJADOR(A) AFILIADO(A)

- 02** Escriba Nombres y Apellidos tal como aparece en la cédula de identidad.
- 03** Anote la Fecha de Nacimiento del Trabajador.
- 04** Anote el número de la Cédula de Identidad.
- 05** Escriba el estado civil: soltero(a), casado(a), divorciado(a), viudo(a), entre otros.
- 06** Marque con una equis (x) en el recuadro correspondiente la opción movilidad motriz según corresponda: Zurdo o Derecho.
- 07** Anote el número de teléfono donde pueda ser localizado correspondiente a Habitación, Oficina o Celular.
- 08** Escriba la dirección de correo electrónico, si la posee.
- 09** Escriba otra dirección de correo alternativo.
- 10** Escriba la denominación del cargo que ocupa.
- 11** Coloque la fecha de ingreso del trabajador en la UPEL.
- 12** Indique la ubicación administrativa del trabajador (Rectorado/ Instituto Pedagógico).

### DIRECCIÓN DE HABITACIÓN

- 13** Escriba Nombre de la Calle o Avenida
- 14** Anote Número de Casa o Nombre del Edificio.
- 15** Anote Número de Piso, si aplica.
- 16** Anote Número de Apartamento, si aplica.
- 17** Escriba el nombre de la Parroquia a la cual pertenece la dirección registrada.
- 18** Escriba el nombre del Municipio al cual corresponde la dirección registrada.
- 19** Escriba el nombre del Estado en el cual se encuentra ubicada geográficamente la dirección registrada.

### CARGA DE FAMILIARES

- 20** Anote el número de la Cédula de Identidad.
- 21** Escriba Nombres y Apellidos tal como aparece en la cédula de identidad.
- 22** Anote en el recuadro correspondiente la fecha de nacimiento: Día, Mes y Año.

Código: DGP-CNRL-ASTT-ARTSSO-07	Fecha de Vigencia: 09 MAR. 2016	Nº Actualización: 2	Fecha de Actualización: 09 MAR. 2016	Página: 70 / 93
------------------------------------	------------------------------------	------------------------	---	--------------------



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Actualización del Registro del (la) Trabajador(a) Afiliado(a) ante el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales**

- 23** Marque con una equis (x) en el recuadro correspondiente la opción de sexo según corresponda: Masculino (M) o Femenino (F).
- 24** Escriba el vínculo o parentesco que el familiar tiene con el (la) trabajador(a) afiliado(a).
- 25** Escriba las observaciones que tenga a bien considerar para complementar la información registrada.
- 26** Registre la firma del (la) Trabajador(a) Afiliado(a). Anote la fecha de llenado de la solicitud.

Código: DGP-CNRL-ASTT-ARTSSO-07	Fecha de Vigencia: 09 MAR. 2016	Nº Actualización: 2	Fecha de Actualización: 09 MAR. 2016	Página: 71 / 93
------------------------------------	------------------------------------	------------------------	---	--------------------



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Tramitación del Egreso del (la) Trabajador(a) Afiliado(a) ante el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.**

### A.- Objetivo.

Determinar los lineamientos y pasos a seguir para notificar ante el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales el retiro o egreso del personal Docente, Administrativo y Obrero de la nómina de la UPEL, para el cumplimiento de la normativa legal vigente.

### B.- Alcance.

Rige para el personal Docente, Administrativo y Obrero de la UPEL, y contempla desde la consignación de los documentos necesarios para la tramitación del egreso del (la) Trabajador(a) ante el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, a través de la Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social, hasta la certificación por parte del IVSS.

### C.- Unidad Responsable.

- Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social.

### D.- Unidades Involucradas.

- Dirección General de Personal/ Unidad de Personal.
- Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social.
- Trabajadores (as).



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Tramitación del Egreso del (la) Trabajador(a) ante el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.**

### E. Descripción del Procedimiento (Flujo Narrativo, Normas e Instrucciones Adicionales)

ACTIVIDADES / RESPONSABLES	NORMAS / INSTRUCCIONES ADICIONALES
<p>Diagrama de flujo narrativo:</p> <pre>graph TD; A[Coordinación Nacional de Procesos Técnicos/ Sección de Apoyo Técnico] --&gt; B[Punto de Cuenta]; B --&gt; C[Unidad de Personal/ Sección de Relaciones Laboral-Social]; C --&gt; D[Listado de Personal a Egresar del IVSS]; D --&gt; E[Dirección General de Personal (Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ )]; E --&gt; F[1. Recibe la documentación e ingresa a la página web del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales(IVSS), con la finalidad de realizar el egreso del trabajador.]; F --&gt; G[2. Ingresa los datos solicitados del (la) trabajador(a) a egresar del IVSS.]; G --&gt; H[3. Verifica que se haya realizado la exclusión del (la) trabajador (a).]; H --&gt; I[4. Elabora y envía comunicado a la Unidad de Personal notificando el egreso del (los) trabajador(es).]; I --&gt; J[Comunicación (0)]; J --&gt; K[Unidad de Personal/ Sección de Relaciones Laboral-Social]</pre> <p><b>Normas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Será responsabilidad de la Coordinación Nacional de Relaciones Laborales realizar el egreso del (la) trabajador(a) ante el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales en el plazo establecido.</li><li>La Coordinación Nacional de Relaciones Laborales deberá notificar a la Sección de Relaciones Laboral-Social, los egresos de los (las) trabajadores (as) del registro ante el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.</li></ul> <p><b>Instrucciones Adicionales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Es responsabilidad de la Coordinación Nacional de Relaciones Laborales verificar e imprimir la Cuenta Individual de los(as) trabajadores(as) adscritos al Rectorado y remitirla a la Coordinación Nacional de Registro y Control para su respectivo archivo en el expediente.</li><li>Es responsabilidad de la Sección de Relaciones Laboral-Social verificar e imprimir la Cuenta Individual de los(as) trabajadores(as) adscritos al Instituto Pedagógico y remitirla a la Sección de Registro y Control para su respectivo archivo en el expediente.</li></ul>	

Código: DGP-CNRL-ASTT-TETIVSS-8	Fecha de Vigencia: 09 MAR. 2016	Nº Actualización: 2	Fecha de Actualización: 09 MAR. 2016	Página: 73 / 93
------------------------------------	------------------------------------	------------------------	---	--------------------



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Tramitación de Incapacidad del (la) Trabajador(a) Afiliado(a) Expedido por el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.**

### A.- Objetivo.

Determinar los lineamientos y pasos a seguir para la tramitación de la incapacidad permanente del (la) trabajador(a) asegurado(a) que lo imposibilite a realizar su trabajo habitual, la cual es expedida por el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS).

### B.- Alcance.

Rige para el personal Docente, Administrativo y Obrero de la UPEL, y contempla desde la solicitud de la evaluación de incapacidad del (la) trabajador(a) afiliado ante el IVSS por parte de la Coordinación Nacional de Relaciones Laborales / Sección de Relaciones Laboral-Social, hasta la certificación médica que incapacita al (la) trabajador(a).

### C.- Unidad Responsable.

- Coordinación Nacional de Relaciones Laborales / Sección de Relaciones Laboral-Social.

### D.- Unidades Involucradas.

- Dirección General de Personal/ Unidad de Personal.
- Coordinación Nacional de Relaciones Laborales / Sección de Relaciones Laboral-Social.
- Trabajadores (as).



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Tramitación de Incapacidad del (la) Trabajador(a) Afiliado(a) Expedido por el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.**

### E. Descripción del Procedimiento (Flujo Narrativo, Normas e Instrucciones Adicionales)

ACTIVIDADES / RESPONSABLES	NORMAS / INSTRUCCIONES ADICIONALES
<p></p> <p><b>Normas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Se considera Incapacidad Temporal para el trabajo, la pérdida o disminución por un cierto tiempo de las facultades físicas o mentales, que imposibiliten al asegurado para realizar su trabajo habitual.</li><li>- Todo(a) trabajador(a) que supere las cincuenta y dos (52) semanas de reposo continuo debe ser evaluado(a) por la Comisión de Evaluación de Incapacidad del IVSS, para determinar el tipo y grado de la incapacidad, debiendo emitir Informe Médico expresando las observaciones médicas pertinentes al caso.</li><li>- La "Solicitud de Evaluación de Incapacidad Residual" (Forma 14-08) es el documento médico legal, que el médico del IVSS expide para certificar la Resolución de incapacidad del (la) asegurado(a) y el porcentaje de pérdida de la capacidad laboral.</li><li>- Cuando existan condiciones favorables para la recuperación del (la) trabajador(a), el médico tratante podrá otorgar una prórroga de hasta noventa (90) días mediante la Forma 14-76 "Solicitud de Prórroga de Prestaciones".</li><li>- La Dirección General de Personal/ Unidad de Personal es la dependencia responsable de verificar y autorizar el trámite correspondiente a la norma anterior.</li><li>- La Dirección General de Personal/ Unidad de Personal debe solicitar ante el IVSS, mediante Oficio al Departamento de Evaluación Médica, la incapacidad definitiva o permanente cuando:<ul style="list-style-type: none"><li>• Se tiene la certeza absoluta que el (la) trabajador(a) no va a recuperarse lo suficiente como para incorporarse a sus labores habituales.</li><li>• Se agotan las cincuenta (52) semanas de reposo más los períodos de prórroga aunque existan criterios que favorezcan la recuperación.</li></ul></li></ul>	



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Tramitación de Incapacidad del (la) Trabajador(a) Afiliado(a) Expedido por el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.**

ACTIVIDADES / RESPONSABLES	NORMAS / INSTRUCCIONES ADICIONALES
<p>1. </p> <p>3. Recibe el Dictamen del IVSS, realiza los trámite para su aprobación ante el Consejo Universitario y entrega al trabajador para que tramite la Incapacidad ante el IVSS.</p> <p>4. Emite "Memorándum" informando a la Dependencia el resultado de la evaluación médica del (la) trabajador(a) anexando fotocopia de la documentación recibida del IVSS.</p> <p>5. Genera fotocopia de la documentación y archiva en el expediente del trabajador en la espera del trámite del Pensión de Incapacidad ante la UPEL.</p> <p>Tramitación de Pensión de Incapacidad Absoluta y Permanente ante la UPEL</p> <p>IVSS</p> <p>Dirección General de Personal /Unidad de Personal (Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social)</p> <p>Resolución del CU</p> <p>Dictamen expedido por el IVSS</p> <p>Trabajador</p> <p>Dependencia Académica/ Administrativa</p> <p>Memorándum</p> <p>Resolución del CU</p> <p>Dictamen expedido por el IVSS</p> <p>Expediente del Trabajador</p> <p>Memorándum</p>	<p><b>Normas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>En caso de ser requerido por el trabajador, la Coordinación Nacional de Relaciones Laborales, le entregará oficio de la Evaluación Médica, a los fines que este solicite la cita médica, anexando los siguientes recaudos:<ul style="list-style-type: none"><li>Solicitud de la Evaluación de Incapacidad Residual (Forma 14-08).</li><li>Oficio de Evaluación Médica Residual.</li><li>Copia de la Cuenta Individual.</li></ul></li><li>El (la) trabajador (a), una vez que haya asistido a la cita médica deberá notificar a la Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social, la fecha de emisión del dictamen, para que ésta proceda a retirarla y entregarla al trabajador.</li><li>En caso de que el Dictamen emitido por el IVSS, determine un porcentaje de incapacidad menor a lo establecido en la Ley del Seguro Social, el (la) trabajador(a) deberá reintegrarse inmediatamente al trabajo. (Paso 3).</li><li>El (la) trabajador(a), una vez obtenido el dictamen, deberá tramitar la pensión de incapacidad ante el IVSS. (Paso 3).</li><li>Será responsabilidad del (la) trabajador(a), consignar ante la Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social, la Resolución de Incapacidad emitido por IVSS para la elaboración del respectivo expediente.</li></ul> <p><b>Instrucción Adicional:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Será responsabilidad del médico tratante determinar si la incapacidad es definitiva, a través de la evaluación de incapacidad.</li><li>Los requisitos para formalizar la solicitud de Pensión por Incapacidad ante el IVSS:<ul style="list-style-type: none"><li>Solicitud de Prestación en Dinero (Forma 14-04).</li><li>Copia de la Cédula de Identidad del trabajador.</li><li>Cuenta Individual.</li><li>Constancia de Trabajo para el IVSS (Forma 14-100).</li><li>Constancia de Trabajo de la Universidad.</li><li>Resolución de Incapacidad por el IVSS.</li><li>Resolución de Incapacidad por la Universidad.</li></ul></li></ul>



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Tramitación de Factura de Cotizaciones ante el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.**

### A.- Objetivo.

Determinar los lineamientos y pasos a seguir para la cancelación de la Factura de Cobro de Cotizaciones presentadas ante el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS).

### B.- Alcance.

Rige para el personal de la Coordinación Nacional de Relaciones Laborales / Sección de Relaciones Laboral-Social, y contempla desde la recepción de la factura de cobro de cotizaciones por la Universidad Pedagógica Experimental Libertador hasta la cancelación de estas al Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS).

### C.- Unidad Responsable.

- Coordinación Nacional de Relaciones Laborales / Sección de Relaciones Laboral-Social.

### D.- Unidades Involucradas.

- Dirección General de Personal/ Unidad de Personal.
- Dirección General de Administración y Finanzas.
- Coordinación Nacional de Relaciones Laborales / Sección de Relaciones Laboral-Social.



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Tramitación de Factura de Cotizaciones ante el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.**

### E. Descripción del Procedimiento (Flujo Narrativo, Normas e Instrucciones Adicionales)

ACTIVIDADES / RESPONSABLES	NORMAS / INSTRUCCIONES ADICIONALES
<p>Inicio</p> <p>Dirección General de Personal (Coordinación Nacional de Relaciones Laborales)</p> <p>1. Accesa a la página web del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, marca modulo de facturaciones y genera (2) ejemplares de la "Factura".</p> <p>2. Emite "Memorándum" original y copia y le anexa dos ejemplares de la "Factura" a la Dirección General de Administración y Finanzas.</p> <p>3. Factura Factura Memorándum (1) Memorándum</p> <p>Dirección General de Administración y Finanzas/</p>	<p><b>Normas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- La Coordinación Nacional de Relaciones Laborales, es responsable de imprimir mensualmente la "Factura", emitida por el IVSS, a través de la página Web del Ente. (Paso 1, 2).</li></ul> <p><b>Instrucciones Adicionales</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- La Coordinación Nacional de Relaciones Laborales es responsable de imprimir mensualmente las "Órdenes de Pago" emitidas por la OPSU, a través de la página web del Ente.</li><li>- La Dirección General de Personal/ Coordinación Nacional de Relaciones Laborales es responsable de auditar el monto de la deuda reflejado en el estado de cuenta del IVSS y notificar ante la Dirección General de Administración y Finanzas cualquier variación con respecto con las Facturas.</li></ul>



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Tramitación de Factura de Cotizaciones ante el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.**

ACTIVIDADES / RESPONSABLES	NORMAS / INSTRUCCIONES ADICIONALES
<pre>graph TD     A["<b>Dirección General de Personal / Unidad de Personal (Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/Sección de Relaciones Laboral-Social)</b>"] --&gt; B["<b>Dirección General de Administración Y Finanzas</b>"]     B --&gt; C["<b>Factura</b>"]     B --&gt; D["<b>Factura</b>"]     B --&gt; E["<b>Memorándum (1)</b>"]     B --&gt; F["<b>Memorándum</b>"]     C --&gt; G["<b>3. Efectúa pago correspondiente ante el Banco Recaudador .</b>"]     C --&gt; H["<b>4. Remite copia del comprobante de pago a la Dirección General de Personal (Coordinación Nacional de Relaciones Laborales).</b>"]     G --&gt; I["<b>Comprobante de Pago</b>"]     I --&gt; J["<b>Dirección General de Personal (Coordinación Nacional de Relaciones Laborales)</b>"]     J --&gt; K["<b>Dirección General de Administración Y Finanzas</b>"]     K --&gt; L["<b>Comprobante de Pago</b>"]     L --&gt; M["<b>Dirección General de Personal (Coordinación Nacional de Relaciones Laborales)</b>"]     M --&gt; N["<b>5. Recibe copia del comprobante de pago y lo valida ante el Departamento de Cobranzas del IVSS correspondiente para que sea descontado del estado de cuenta de la Universidad.</b>"]     N --&gt; O["<b>Comprobante de Pago</b>"]     O --&gt; P["<b>Departamento de Cobranzas del IVSS</b>"]</pre>	<p><b>Normas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- La Coordinación Nacional de Relaciones Laborales es responsable de verificar ante el Departamento de Cobranzas del IVSS el depósito realizado. (Paso 5).</li></ul>



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Control de Reposos Médicos.**

### A.- Objetivo.

Determinar los lineamientos y pasos a seguir para la consignación, validación, evaluación y administración de los reposos médicos prescritos al personal Docente, Administrativo y Obrero de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador.

### B.- Alcance.

Rige para el personal Docente, Administrativo y Obrero de la UPEL, y contempla desde la consignación del reposo médico por el (la) Trabajador(a) ante la Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social, la evaluación del tiempo de reposo prescrito, hasta la verificación y confirmación de su validez.

### C.- Unidad Responsable.

- Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social.

### D.- Unidades Involucradas.

- Dirección General de Personal/ Unidad de Personal.
- Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social.
- Coordinación Nacional de Procesos Técnicos/ Sección de Apoyo Técnico.
- Coordinación Nacional de Registro y Control / Sección de Registro y Control.
- Trabajadores(as).



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Control de Reposos Médicos.**

### E. Descripción del Procedimiento (Flujo Narrativo, Normas e Instrucciones Adicionales)

ACTIVIDADES / RESPONSABLES	NORMAS / INSTRUCCIONES ADICIONALES
<p>Constancia de Reposo</p> <p>Dependencia Académica/ Administrativa</p> <p>1. Recibe "Constancia de Reposo" expedida por el Médico Particular/ Clínica/ Centro Asistencia/ Centro adscrito al Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), según aplique y remite mediante "Memorándum" a la Dirección General de Personal/ Unidad de Personal (Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social).</p> <p>Constancia de Reposo Memorándum (1) Memorándum (0)</p> <p>Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social</p> <p>Dependencia Académica/ Administrativa</p> <p>2. Recibe "Constancia de Reposo", sella, firma duplicado del "Memorándum", devuelve como acuse de recibo a la Dependencia Académico/ Administrativa y actúa según el caso.</p> <p>3. Comprueba el tiempo de reposo prescrito al (la) trabajador(a) y actúa según el caso.</p> <p>Constancia de Reposo Memorándum (0)</p> <p>Dependencia Académica/ Administrativa</p> <p>2</p>	<p><b>Normas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Se entiende por reposo, el derecho que tiene el (la) trabajador(a) de ausentarse parcial o completamente de su jornada de trabajo, durante un determinado tiempo, a causa de una enfermedad o accidente.</li><li>La Dirección General de Personal/ Unidad de Personal es la dependencia responsable del registro y control de los reposos y permisos por causas médicas del (la) trabajador(a) y de la duración de los mismos.</li><li>El (la) funcionario(a) debe informar de su reposo al (la) Supervisor(a) Inmediato(a) y entregarlo dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la fecha de emisión, y este a su vez deberá remitirlo a la Dirección General de Personal/ Unidad de Personal.</li><li>Los reposos médicos prescritos al (la) trabajador(a), por un Médico General u Odontólogo/ Centro Médico Asistencial Privado no podrán excederse de tres (3) días continuos. En el caso de requerir prórroga deberán ser convalidados por médicos tratantes adscritos al Instituto Venezolano del Seguro Social (IVSS).</li><li>Los requisitos para la convalidación de los reposos médicos ante el IVSS son los siguientes:<ul style="list-style-type: none"><li>Cuenta Individual o Constancia de Registro del Trabajador en el Sistema y Autoliquidación de Empresas TIUNA.</li><li>Reposo del (la) trabajador(a) emitido en la consulta privada, si es el caso.</li></ul></li><li>Los reposos entregados fuera del lapso establecido de dos (2) días hábiles serán considerados extemporáneos y darán lugar a la aplicación de sanciones pertinentes del caso.</li><li>La Dirección General de Personal/ Unidad de Personal (Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social) debe notificar a la Unidad Técnica/ Sección de Apoyo Técnico, la necesidad de proveer una vacante temporal, de acuerdo a las necesidades de la dependencia, cuando el reposo sea de tres (3) o más días continuos.</li></ul>



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Control de Reposos Médicos.**

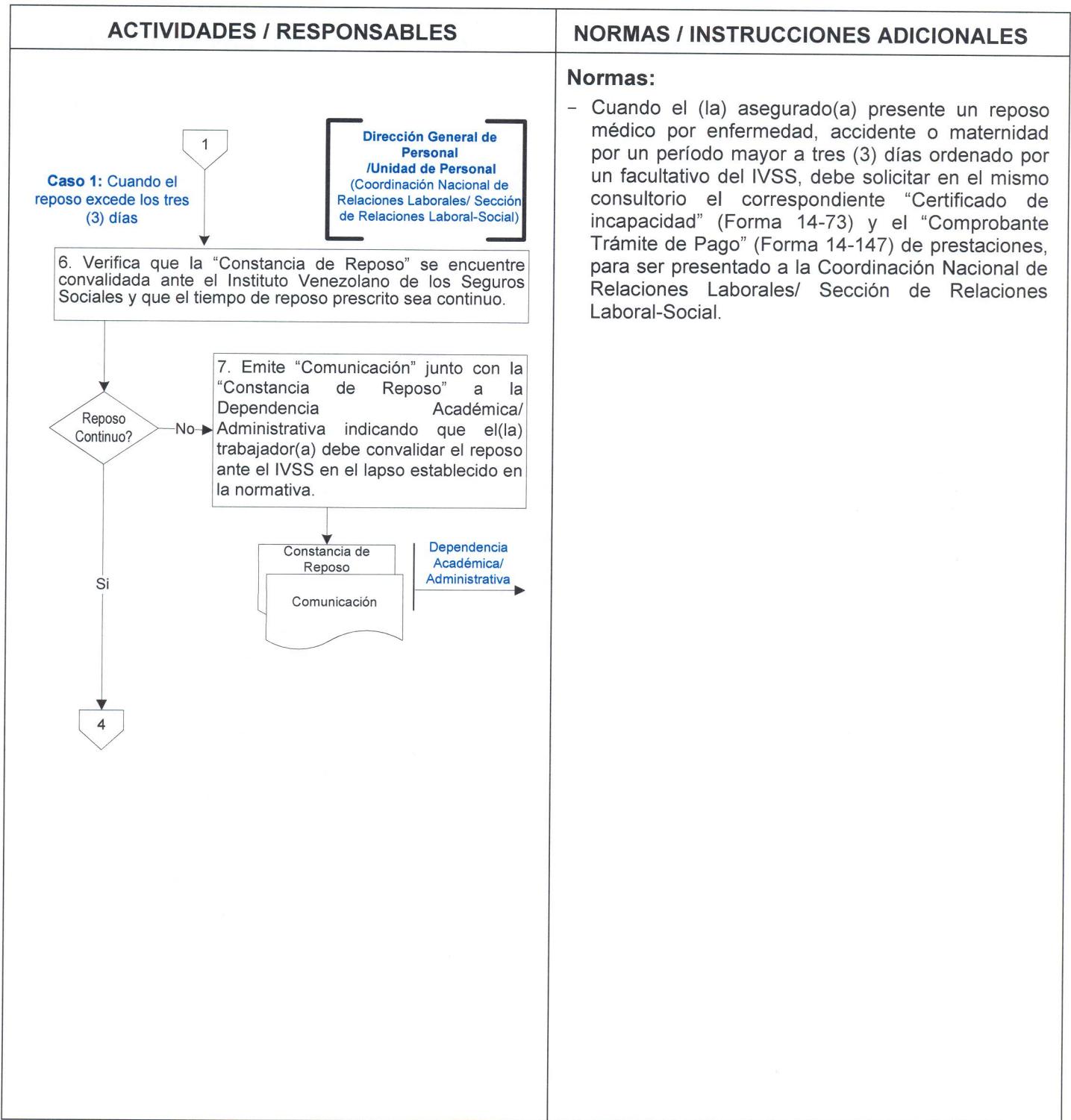
ACTIVIDADES / RESPONSABLES	NORMAS / INSTRUCCIONES ADICIONALES
<p><b>1</b></p> <p><b>Caso 1: Cuando el reposo no excede los tres (3) días</b></p> <p>4. Registra los datos del reposo en el formato "Constancia de Reposo" y archiva en el expediente del (la) trabajador(a) a los fines de control.</p> <p>5. Extrae dos copias de la Constancia de Reposo y distribuye de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>* Coordinación Nacional de Procesos Técnicos/ Sección de Apoyo Técnico.</li><li>* Coordinación Nacional de Registro y Control/ Sección de Registro y Control</li></ul> <p>Constancia de Reposo → Expediente del Trabajador(a)</p> <p>Constancia de Reposo → Coordinación Nacional de Registro y Control/ Sección de Registro y Control</p> <p>Constancia de Reposo → Coordinación Nacional de Procesos Técnicos / Sección de Apoyo Técnico</p>	<p><b>Normas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- La Dirección General de Personal/ Unidad de Personal a través de la Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social es la dependencia encargada de informar al (la) trabajador(a) que los reposos médicos, emitidos o tramitados por el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), deberán ser presentados en el "Certificado de Incapacidad" (Forma 14-73); o "Referencia para Consulta Externa" (Forma 15- 289).</li><li>- En los casos que un(a) trabajador(a) se encuentre de reposo y coincida con el período vacacional, el lapso prescrito en dicho reposo no será imputable al período vacacional.</li></ul>



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Control de Reposos Médicos.**





## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Control de Reposos Médicos.**

ACTIVIDADES / RESPONSABLES	NORMAS / INSTRUCCIONES ADICIONALES
<pre>graph TD; 3[3] --&gt; A{Reposo Continuo?}; A -- Si --&gt; B{Agota las primeras 52 semanas?}; B -- Si --&gt; 8[8. Solicita la evaluación de incapacidad del(la) trabajador(a).]; B -- No --&gt; 9[9. Emite "Comunicación" a la Dependencia Académica/Administrativa, indicando que el(la) trabajador(a) debe trasladarse en el plazo establecido al Centro del IVSS correspondiente para tramitar el cobro del reposo, anexando la Forma 14-10 "Relación de Novedades" debidamente llenada y la Forma 14-52 "Comprobante de Consignación de Datos" sellada para su consignación en la Oficina de Prestaciones del Centro.]; 8 --&gt; 10[Ver Procedimiento: Tramitación de Incapacidad del (la) trabajador (a) Afiliado (a) Expedido por el IVSS]; 9 --&gt; 11[Forma 14-52 Forma 14-10 Comunicación]; 11 --&gt; 12[Dependencia Académica/ Administrativa]; 12 --&gt; 5[5];</pre> <p>3</p> <p>Reposo Continuo?</p> <p>Si</p> <p>Agota las primeras 52 semanas?</p> <p>Si</p> <p>8. Solicita la evaluación de incapacidad del(la) trabajador(a).</p> <p>Ver Procedimiento: Tramitación de Incapacidad del (la) trabajador (a) Afiliado (a) Expedido por el IVSS</p> <p>9. Emite "Comunicación" a la Dependencia Académica/Administrativa, indicando que el(la) trabajador(a) debe trasladarse en el plazo establecido al Centro del IVSS correspondiente para tramitar el cobro del reposo, anexando la Forma 14-10 "Relación de Novedades" debidamente llenada y la Forma 14-52 "Comprobante de Consignación de Datos" sellada para su consignación en la Oficina de Prestaciones del Centro.</p> <p>Forma 14-52 Forma 14-10 Comunicación</p> <p>Dependencia Académica/ Administrativa</p> <p>5</p>	<p><b>Normas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>La Dirección General de Personal/ Unidad de Personal es la dependencia responsable de declarar al IVSS, los reposos médicos mayores de tres (3) días continuos, deben ser reportados mediante el Formulario 14-10 "Relación de Novedades" debidamente firmado por el (la) Director(a) General de Personal o Jefe(a) de la Unidad de Personal.</li><li>Cuando el reposo prescrito al (la) trabajador(a) sea igual o mayor de noventa (90) días continuos, la Dirección General de Personal/ Unidad de Personal debe solicitar la evaluación médica ante el IVSS., como paso previo a la reincorporación o no a sus labores habituales.</li><li>Los requisitos para la solicitud de pago de las indemnizaciones diarias por incapacidad temporal del (la) trabajador(a) son los siguientes:<ul style="list-style-type: none"><li>Certificado de Incapacidad (Forma 14-73).</li><li>Comprobante de Consignación de Datos (Forma 14-52).</li><li>Cuenta Individual o Constancia de Registro del Trabajador en el Sistema y Autoliquidación de Empresas TIUNA.</li><li>Fotocopia de la Cédula de Identidad.</li></ul></li><li>El (la) Trabajador(a) Asegurado(a) debe consignar en el Centro Asistencial (Oficina de Prestaciones) donde recibió la atención médica los siguientes recaudo para la solicitar las indemnizaciones diarias:<ul style="list-style-type: none"><li>Fotocopia de la Cédula de Identidad.</li><li>Certificado de Incapacidad (14-73). (Reposo Validado).</li><li>Comprobante de Consignación de Datos (14-52). (Emitido por la Universidad).</li><li>Cuenta Individual o registro de inscripción en el TIUNA.</li></ul></li></ul>



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Control de Reposos Médicos.**

ACTIVIDADES / RESPONSABLES	NORMAS / INSTRUCCIONES ADICIONALES
<p>4</p> <p>Dirección General de Personal /Unidad de Personal (Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social)</p> <p>10. Registra los datos del reposo, fecha de recepción y número de reposos en el formato "Constancia de Reposo" y archiva en el expediente del (la) trabajador(a) a los fines de control.</p> <p>Control de Reposos Médicos</p> <p>Constancia de Reposo</p> <p>Expediente del Trabajador(a)</p> <p>Trabajador(a)</p> <p>Constancia de Reposo</p> <p>11. Obtiene del (la) trabajador(a) la Forma 14-147 "Comprobante Trámite de Pago" y archiva temporalmente hasta la fecha de confirmación del pago del (los) reposo(s) por el IVSS.</p> <p>Forma 14-147 Comprobante Trámite de Pago</p> <p>T</p>	<p><b>Normas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>La Dirección General de Personal/ Unidad de Personal a través de la Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social es la dependencia responsable de hacer seguimiento al cobro del reposo para la Universidad.</li><li>Será responsabilidad de la Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social, llevar un control de los reposos consignados por el personal, mediante el formato "Relación de Reposos Médicos".</li></ul>



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Control de Reposos Médicos.**

### F. Formularios y Documentos Utilizados:

- Forma 14-52 “Comprobante de Consignación de Datos”.
- Forma 14-73 “Certificado de Incapacidad”.
- Forma 14-10 “Relación de Novedades”.
- Forma 14-147 “Comprobante Trámite de Pago”.
- Forma 15- 289 Referencia para Consulta Externa.
- Relación de Reposos Médicos.

Código: DGP-CNRL-ASTT-CRM-11	Fecha de Vigencia: 09 MAR. 2016	Nº Actualización: 2	Fecha de Actualización: 09 MAR. 2016	Página: 86 / 93
---------------------------------	------------------------------------	------------------------	---	--------------------



## RELACIÓN DE REPOSOS MÉDICOS

1. Año:



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

Procedimiento: **Control de Reposos Médicos.**

### INSTRUCCIONES DE LLENADO

**Instrucciones:** Este formulario debe ser llenado de acuerdo a las siguientes instrucciones:

#### CAMPO INSTRUCCIÓN

- 01 Coloque el Año de la relación.
- 02 Anote el número correlativo correspondiente a cada registro.
- 03 Anote el número de la Cédula de Identidad.
- 04 Escriba el (los) apellido(s) tal como aparece en la Cédula de Identidad.
- 05 Escriba el (los) nombre(s) tal como aparece en la Cédula de Identidad.
- 06 Coloque el cargo del(a) trabajador(a).
- 07 Indique la ubicación administrativa donde se encuentra adscrito el (la) trabajador(a).
- 08 Anote el diagnóstico médico.
- 09 Indique el tipo de certificado médico.
- 10 Coloque el lapso del reposo fecha desde- hasta y número de días correspondientes.
- 11 Escriba las observaciones que tenga a bien considerar para complementar la información registrada.
- 12 Registre la firma del (la) Analista de la Coordinación Nacional de Relaciones Laborales/ Sección de Relaciones Laboral-Social, responsable de llenar la relación, y coloque el sello de la Dependencia. Anote la fecha de llenado de la solicitud.
- 13 Registre la firma del (la) Coordinador (a) Nacional de Relaciones Laborales/ Jefe (a) de Sección de Relaciones Laboral-Social, según sea el caso y su respectivo sello de la Dependencia. Anote la fecha de llenado de la solicitud.
- 14 Registre la firma del (la) Director(a) General de Personal o Jefe(a) de la Unidad de Personal, según sea el caso y su respectivo sello de la Dependencia. Anote la fecha de llenado de la solicitud.



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

### Glosario de Términos

#### - **Accidente**

Toda circunstancia no deseada que dé lugar a: Enfermedades o lesiones; daños a los inmuebles; el centro de trabajo, los productos o el medio ambiente; pérdidas de producción o aumento de las responsabilidades.

#### - **Accidente en Jornada de Trabajo/ Accidente Laboral**

Se entiende por accidente de trabajo, todo suceso que produzca en el trabajador(a) una lesión funcional o corporal, permanente o temporal, inmediata o posterior, o la muerte, resultante de una acción que pueda ser determinada o sobrevenida en el curso del trabajo, por el hecho o con ocasión del trabajo. Serán igualmente accidentes de trabajo:

- La lesión interna determinada por un esfuerzo violento o producto de la exposición a agentes físicos, mecánicos, químicos, biológicos, psicosociales, condiciones meteorológicas sobrevenidas en las mismas circunstancias.
- Los accidentes acaecidos en actos de salvamento y en otros de naturaleza análoga, cuando tengan relación con el trabajo.
- Los accidentes que sufra el trabajador o la trabajadora en el trayecto hacia y desde su centro de trabajo, siempre que ocurra durante el recorrido habitual, salvo que haya sido necesario realizar otro recorrido por motivos que no le sean imputables al trabajador(a), y exista concordancia cronológica y topográfica en el recorrido.
- Los accidentes que sufra el trabajador(a) con ocasión del desempeño de cargos electivos en organizaciones sindicales, así como los ocurridos al ir o volver del lugar donde se ejerzan funciones propias de dichos cargos, siempre que concurren los requisitos de concordancia cronológica y topográfica exigidos en el punto anterior.

#### - **Asociaciones**

Este término se refiere a las Organizaciones Gremiales de Trabajadores Administrativos, Profesionales y Técnicos, Activos, Jubilados y Pensionados de la UPEL.

#### - **Beneficios Socioeconómicos**

Este término se refiere al reconocimiento de lo que contribuya al mejoramiento económico, social, laboral, cultural y deportivo de los trabajadores y sus parientes.

Código: DGP-CNRL-ASTT-01	Fecha de Vigencia: 09 MAR. 2016	Nº Actualización: 2	Fecha de Actualización: 09 MAR. 2016	Página: 89 / 93
-----------------------------	------------------------------------	------------------------	---	--------------------



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

### - **Beneficiarios**

Es el término que identifica a cualquiera de las personas incluidas por el titular en el sistema de cobertura de los servicios de salud, previa comprobación legal de sus condiciones.

### - **Convención Colectiva de Trabajo**

Es aquella que se celebra entre uno o varios sindicatos, federaciones o confederaciones sindicales de trabajadores, de una parte, y uno o varios patronos, sindicatos o asociaciones de patronos, de la otra, para establecer las condiciones conforme a las cuales se debe prestar el trabajo, los derechos y obligaciones que correspondan a cada una de las partes.

### - **Cotizaciones Obligatorias**

Son las contribuciones que con carácter obligatorio deben ser satisfechas a la Seguridad Social por parte del empleador.

### - **Compensaciones**

Asignación monetaria que se otorga al trabajador(a) por el rendimiento o mérito en el desempeño del cargo o puesto de trabajo. En la escala de tarifa múltiple, la compensación salarial es la diferencia entre la tarifa intermedia o máxima de cada nivel o grado y el sueldo o salario mínimo inicial del mismo.

### - **Dependencia**

Componente orgánico y funcional que forma parte de la Universidad.

### - **Forma 14-10 (Relación de Novedades)**

Formulario que le permite al patrono reportar los cambios ocurridos en la nómina de trabajadores (no retiro), por la cual el patrono cancela las cotizaciones al Seguro Social, estas novedades deben relacionarse mensualmente y presentarse en las Oficinas Administrativas del IVSS por el patrono. Las novedades que se pueden reportar a través de este formulario son: Cambio de salario del trabajador, Permisos no remunerados otorgados por el patrono al trabajador, Reposos Médicos otorgados por médicos del Instituto al trabajador.



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

**- Forma 14-08 (Solicitud de Evaluación de Incapacidad Residual)**

Formulario mediante el cual se tramita la pensión por incapacidad ante el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.

**- Forma 14-52 (Comprobante de Consignación de Datos)**

Formulario emitido por la empresa y entregado al trabajador asegurado para que lo consigne en la Oficina de Prestaciones del centro correspondiente para efectos de efectuar el cobro de indemnizaciones.

**- Forma 14-76 (Solicitud de Prórroga de Prestaciones)**

Formulario mediante el cual el médico especialista del IVSS certifica la incapacidad del (la) trabajador(a) otorgándole hasta noventa (90) días de prórroga.

**- Forma 14-73 (Certificado de Incapacidad)**

Formulario emitido por el médico especialista del IVSS que certifica la incapacidad temporal del (la) trabajador(a).

**- Forma 14-147 (Comprobante Trámite Pago)**

Formulario mediante el cual el (la) trabajador(a) asegurado(a) puede obtener información del estatus de su reposo en fechas posteriores para el trámite del pago de sus prestaciones.

**- Función**

Es el conjunto de actividades afines y coordinadas, necesarias para alcanzar los objetivos de la Universidad.

**- Funcionario Público**

Es toda persona natural que, en virtud de nombramiento expedido por la autoridad competente, se desempeña en el ejercicio de una función pública, contempla dos grandes categorías: Funcionarios de carrera y funcionarios de libre nombramiento y remoción.

Código: DGP-CNRL-ASTT-01	Fecha de Vigencia: 09 MAR 2016	Nº Actualización: 2	Fecha de Actualización: 09 MAR 2016	Página: 91 / 93
-----------------------------	-----------------------------------	------------------------	--	--------------------



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

### - Hospitalización, Cirugía y Maternidad

Es la cobertura de hospitalización cirugía y maternidad que la UPEL ofrece para sus trabajadores (personal académico, administrativo y obrero) y sus grupos familiares y que el IPP-UPEL administra a través del Programa SAMI (Sistema Autogestionario Médico Integral).

Tiene una cobertura anual por diagnóstico y por beneficiario (en un año el beneficiario puede recibir servicios por diferentes diagnósticos).

### - Indemnización

Comprende los pagos realizados directamente por la Universidad a través de la Unidad Administradora de Seguro o APROUPEL a sus titulares, en caso de enfermedad, paro, despido, accidente. El asegurado debe consignar en el Centro Asistencial (Oficina de Prestaciones) donde recibió la atención médica los siguientes recaudos:

- Fotocopia de la Cédula de Identidad.
- Certificado de Incapacidad (14-73). (Reposo Validado)
- Comprobante de Consignación de Datos (14-52). (Emitido por la Empresa).
- Planilla de Inscripción (14-02), cuenta Individual o registro de inscripción

### - Inscripción de Trabajadores ante el IVSS

Comprende la inscripción de los trabajadores (ras) permanentes bajo la dependencia de un(a) empleador(a), que presten sus servicios en el medio urbano o en el rural y sea cual fuere el monto de su salario; para los empleadores que se encuentren registrado en el Sistema de Gestión y Autoliquidación de Empresas TIUNA, esto lo podrán realizar a través del sistema.

### - Movimiento de Personal

Documento que materializa las distintas acciones administrativas que permiten actualizar el registro laboral del trabajador, ya sea por el trabajador mismo o por la Universidad.

### - Obrero

Es aquel en cuya labor predomina el esfuerzo manual o material. Trabajadores que preparan o vigilan el trabajo de los demás obreros, tales como vigilantes, capataces y otros semejantes. Si el trabajador, conforme a lo pactado o a la costumbre, asociare a su trabajo a un auxiliar o ayudante, el patrono de aquel lo será también de éste. Los obreros al servicio del sector público están amparados por las disposiciones previstas en la Ley Orgánica del Trabajo.

Código: DGP-CNRL-ASTT-01	Fecha de Vigencia: 09 MAR. 2016	Nº Actualización: 2	Fecha de Actualización: 09 MAR. 2016	Página: 92 / 93
-----------------------------	------------------------------------	------------------------	---	--------------------



## MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Proceso: **Asistencia y Salud para los (as) Trabajadores (as) de la UPEL.**

### - **Pago**

Representa el momento en el cual se extingue o se honra una obligación o se hace efectivo un anticipo financiero.

### - **Parientes**

Este término se refiere a los padres, abuelos, suegros, cónyuges, hijos y hermanos del trabajador.

### - **Pensión Diaria**

Constituye una treintava parte del monto de la pensión mensual percibida por el jubilado o pensionado.

### - **Personal Administrativo**

Agrupa aquellos puestos de trabajo donde el esfuerzo intelectual requerido para ejercer el trabajo es proporcionalmente superior al esfuerzo físico. El trabajador que desempeña estos cargos requiere conocimientos de carácter administrativo y destrezas para realizarlo.

### - **Personal Profesional y Técnico**

Este grupo abarca los puestos que, además de requerir el esfuerzo intelectual, exigen como requisito mínimo una preparación a nivel universitario o de técnico superior.

### - **Puesto de Trabajo**

Es el lugar que un trabajador ocupa cuando desempeña una tarea. Puede estar ocupado todo el tiempo o ser uno de los varios lugares en que se efectúa el trabajo. Algunos ejemplos de puestos de trabajo son las cabinas o mesas de trabajo desde las que se manejan máquinas, se ensamblan piezas o se efectúan inspecciones; una mesa de trabajo desde la que se maneja un ordenador; una consola de control; etc.

### - **Trabajador(a)**

Persona natural que realiza labores docentes, administrativas y de servicio de cualquier clase, bajo la dependencia de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador, en los diferentes Departamentos Académicos y Unidades Administrativas.

Código: DGP-CNRL-ASTT-01	Fecha de Vigencia: 09 MAR 2016	Nº Actualización: 2	Fecha de Actualización: 09 MAR 2016	Página: 93 / 93
-----------------------------	-----------------------------------	------------------------	--	--------------------