



ÍNDICE DE FORMATOS

LISTA DE CURSOS SOLICITADOS POR UNIDADES ACADÉMICAS Y ADMINISTRATIVAS	DRH-01
LISTA DE CURSOS SOLICITADOS POR NOMBRE	DRH-02
RELACIÓN DE CURSOS DE CAPACITACIÓN QUE SE REALIZAN EN EL MES DE:	DRH-03
REGISTRO DE PARTICIPANTES AL CURSO	DRH-04
PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACIÓN Y ADIESTRAMIENTO PARA EL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y DE SERVICIOS	DRH-05
CIRCULAR PARA LA DETECCIÓN DE NECESIDADES DE CAPACITACIÓN (DNC)	DRH-06
CUESTIONARIO DE DETECCIÓN DE NECESIDADES DE CAPACITACIÓN	DRH-07
INFORMACIÓN PARA EL ÁREA DE PUNTUALIDAD Y ASISTENCIA PERSONAL NUEVO INGRESO IMF-001.	DRH-08
REGISTRO DE MOVIMIENTOS DESFASADOS DE BAJAS ANTE EL IMSS IMF-003.	DRH-09
REGISTRO DE MOVIMIENTOS DESFASADOS DE ALTA ANTE EL IMSS	DRH-10
PRESTACIONES LENTES	DRH-11
	DRH-12

COORDINACIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS
CAMPUS _____

RELACIÓN DE CURSOS DE CAPACITACIÓN QUE SE REALIZARAN EN EL MES DE:

MES _____ DE 20 _____

CURSO:
INSTRUCTOR:
FECHA
HORARIO:
DURACIÓN:
LUGAR:
DIRIGIDO A:

CURSO:
INSTRUCTOR:
FECHA
HORARIO:
DURACIÓN:
LUGAR
DIRIGIDO A:

CURSO:
INSTRUCTOR:
FECHA
HORARIO:
DURACIÓN:
LUGAR
DIRIGIDO A:

CURSO:
INSTRUCTOR:
FECHA
HORARIO:
DURACIÓN:
LUGAR
DIRIGIDO A:

CURSO:
INSTRUCTOR:
FECHA
HORARIO:
DURACIÓN:
LUGAR
DIRIGIDO A:



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
COORDINACIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS
 DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS-CAMPUS _____

PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACIÓN Y ADIESTRAMIENTO
PARA EL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y DE SERVICIO 20_____

OBJETIVO DEL PROGRAMA:

Dotar de una capacitación integral y actualizada a los trabajadores en sus actividades, lo cual, les permita elevar su nivel de vida y productividad institucional, incrementando sus conocimientos y habilidades; así como proporcionarles información para la calidad en el servicio, prevención de riesgos de trabajo, el cuidado del medio ambiente y la aplicación de nueva tecnología.

LÍNEAS DE CAPACITACIÓN	
COMPUTACIÓN	Paquetería de computación, sistemas del ejercicio del gasto, procedimientos para inscripciones, reinscripciones, becas automatizadas, planta académica, etc.
RELACIONES HUMANAS	Desarrollo humano integral y relaciones humanas
SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO	Primeros Auxilios, Manejo de Extintores, Riesgo Sísmico y Formación de Brigadas, Manejo de Sustancias y Residuos de manejo especial, etc.
ORTOGRAFÍA	Actualización en Ortografía y Técnicas de Redacción
ADMINISTRACIÓN	Sistemas de gestión de la calidad: Normas ISO 9001 e ISO 14001 y Procesos implementados
ACTUALIZACIÓN FISCAL	Tópicos fiscales y laborales
ACTUALIZACIÓN EN BIBLIOTECAS	Actualización de los sistemas bibliotecarios
TÉCNICOS	Mantenimiento preventivo y correctivo en infraestructura: Jardinería, refrigeración, etc.
OTROS	Salud integral del personal: Nutrición, Prog. Acond. Físico, Manejo de estrés, etc.

SE CONSIDERAN LOS CURSOS SOBRE:

“CAPACITARSE ES HABILITARSE PARA LA VIDA Y ES FUENTE DE COMPETITIVIDAD”
 _____ **Baja California,** _____ **de 20_____**



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
COORDINACIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS
 DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS CAMPUS _____

CAPACITACIÓN EN CURSOS DE INDUCCIÓN A LA U.A.B.C.

NO.	NOMBRE DEL CURSO	OBJETIVO GENERAL DEL CURSO	DIRIGIDO A	DURACIÓN	INSTRUCTOR (A)	PERIODO DE REALIZACIÓN												OBSERVACIONES		
						E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		E	C
						E	N	E	A	B	A	J	U	N	L	O	P	T	V	C
1	Inducción a la UABC.	Proporcionar al personal administrativo de nuevo ingreso información relevante que contribuya a desarrollar su responsabilidad y compromiso en la institución.	Personal de nuevo ingreso	3 Horas.	Jefe del Departamento de Recursos Humanos Jefe del Departamento de Prestaciones															

CAMPUS (XXXXX)
Departamento de Recursos Humanos

Oficio Circular No. 000/20____-__

**OFICIO CIRCULAR ENVIADO A COORDINADORES,
JEFES DE DEPARTAMENTO, ESCUELAS, FACULTADES E INSTITUTOS.
P R E S E N T E.-**

Por este conducto hacemos llegar los *Formatos para la Detección de Necesidades de Capacitación, para el personal administrativo*, los cuales facilitarán llevar a cabo la elaboración del Programa General de Capacitación, correspondiente al año 20____.

Para ello se requiere de su valiosa colaboración, con el fin de conocer las necesidades de capacitación en las áreas de trabajo a su cargo. De esta información dependerá la calidad del servicio que podamos brindarle.

Le estamos solicitando el llenado de los formatos a la alta dirección, a fin de que las propuestas de capacitación se deriven en función a las tareas y actividades que lleva a cabo su personal y que contribuyen al logro de las metas y objetivos de los procesos; así mismo contribuya en elevar la calidad y productividad del trabajador. En este sentido solicitamos remitir los formatos al *Departamento de Recursos Humanos* a más tardar el día ____ de *diciembre de 20____*, para realizar el proceso de selección de cursos.

En caso de no remitir los formatos o éstos sean enviados en fecha posterior, no serán considerados dentro del programa y el personal deberá sujetarse a los cursos contemplados en el Programa General de Capacitación 20____.

Se anexa listado de cursos sugeridos (no limitativos), por áreas de conocimiento (computación, desarrollo humano, administración, actualización fiscal y laboral, seguridad e higiene, técnicos y otros).

Sin otro particular por el momento, agradezco de antemano el favor de su atención.

A T E N T A M E N T E

_____, Baja California, a ____ de _____ de 20____
"POR LA REALIZACIÓN PLENA DEL HOMBRE"

**NOMBRE Y FIRMA
JEFE(A) DEL DEPARTAMENTO**

Categoría y/o perfil del puesto	Curso de acuerdo a su perfil y/o habilidad a desarrollar	Número de personas que requieren la capacitación	Indique Mes y Horario sugerido

Mencione cuáles son sus sugerencias y/o comentarios que contribuyan a brindarle un mejor servicio en su capacitación:

Impulsar días de vacunación en las oficinas al menos dos veces al año, en rectoría, sobre todo contra la influenza para que todos la tengan ya que cada vez es peor el brote.

“Capacitación, derecho y obligación de todos”



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA
COORDINACIÓN GENERAL Y DEPTOS. DE RECURSOS HUMANOS

INFORMACIÓN PARA EL ÁREA DE PUNTUALIDAD Y ASISTENCIA

DIGITALIZACIÓN DE HUELLA

SCF-010 REV. 1

Nuevo Ingreso

Reingreso

NOMBRE DEL EMPLEADO: _____

NO. DE EMPLEADO: _____

FECHA DE INGRESO: _____

ADSCRIPCIÓN: _____

CLAVE: _____

CATEGORÍA: _____

CLAVE: _____

HORARIO: _____

CLAVE: _____

CUBRE A: _____

PRESENTARSE CON: _____

ELABORÓ: _____

Recibí capacitación y tríptico informativo sobre la forma de registrar entrada y salida para mi jornada de trabajo en el dispositivo asignado para ello.

_____ B.C. a _____ de _____ de _____

Nombre / Firma

Nota: Para conocer el contrato colectivo de trabajo y el reglamento interior de trabajo puedes ingresar a:

www.uabc.mx

-Normatividad, -Contratos y Condiciones de Trabajo. 4.- C.C.T, 7.- R.I.T.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
COORDINACIÓN GENERAL Y DEPARTAMENTOS DE RECURSOS HUMANOS

PERSONAL DE NUEVO INGRESO

IMF-001 Rev. 1

(Favor de llenar este formato sin abreviaturas y con letra legible)

1.- No. de Afiliación I.M.S.S. (11 dígitos): _____

2.- Nombre completo del aspirante: _____

3.- Facultad, Escuela o Depto. Administrativo: _____

4.- R. F. C. (13 dígitos): _____

5.- C. U. R. P. (18 dígitos): _____

6.- Lugar de nacimiento (Estado): _____

7.- Fecha de nacimiento: _____

8.- Estado Civil: _____

9.- Nombre de los Padres (aún finados):

Padre: _____

Madre: _____

10.- Domicilio Particular (Calle y número): _____

11.- Colonia o Fraccionamiento: _____

12.- Código Postal: _____

13.- Correo electrónico: _____

14.- Número Telefónico Particular: _____

15.- Número Telefónico Celular: _____

16.- ¿Tiene hijos? SI () NO ()

17.- ¿Tiene usted Crédito INFONAVIT? SI () NO ()

18.- ¿Tiene usted Crédito FONACOT? SI () NO ()

**SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA EN LA PREGUNTA 17 O 18 FAVOR DE CONTESTAR EL
FORMULARIO ANEXO, DE LO CONTRARIO SOLO FIRMAR BAJO PROTESTA LA HOJA SIGUIENTE.**

ANEXO

SIGUIENTA CON UN CRÉDITO INFONAVIT (Con su Aviso de Retención en mano)

- 1.- Número de crédito _____
- 2.- Valor de descuento en:
a) Veces Salario Mínimo (V.S.M.) _____ b) Porcentaje (%) _____
c) Cuota Fija (C.F.) _____
- 3.- Fecha de otorgamiento del crédito _____
- 4.- ¿Actualmente cuenta con una relación laboral en donde le otorguen servicio de IMSS? (Marque con una X dentro del paréntesis)
a) SI () b) NO ()
- 5.- Si su respuesta a la pregunta 4 fue **afirmativa**, a partir de la primer semana de estar laborando en la Universidad, deberá solicitar un Aviso de Suspensión a nombre de UABC, al teléfono de Infonatel 01800-008-3900.
- 6.- Si su respuesta a la pregunta 4 fue **negativa**, se hace de su conocimiento que la Universidad deberá enterar el pago de amortización de su crédito, por lo que cualquier pago directo que usted haga a INFONAVIT lo tomará como abono a capital.
Por lo anterior se le solicita que tramite el aviso de retención a nombre de la Universidad para que se le empiece a descontar de su percepción catorcenal la cantidad que por su crédito corresponda.
- 7.- En caso de que su salario sea menor a la cantidad requerida por la amortización de su crédito, se celebrará convenio entre usted y la Universidad para acordar la forma de pago de la diferencia, por lo que se le solicita, acudir a la Coordinación o Departamento de Recursos Humanos para acordar las condiciones de dicho convenio.

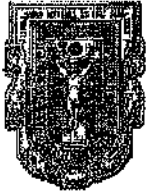
SIGUIENTA CON UN CRÉDITO FONACOT

Deberá presentarse a la Coordinación o Departamento de Recursos Humanos para dar seguimiento de su crédito.

Acepto bajo protesta, que la información manifestada en este formato es veraz.

Nombre y Firma del Aspirante.

Reclutador de Personal Administrativo	<input type="checkbox"/>	<hr/> Firma Sello de Recibido	Recepción en Recursos Humanos
Reclutador de Personal Académico	<i>Subdirector</i> <input type="checkbox"/>		<hr/> Firma
	<i>Coordinador de la Carrera</i> <input type="checkbox"/>		Sello de Recibido



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS TIJUANA
PRESTACIONES

FECHA

DATOS DEL TRABAJADOR	NOMBRE DEL EMPLEADO		NO. EMPL.	FACULTAD, ESCUELA O DEPTO.		
	Ocupación en U.A.B.C.		TELEFONO	TRÁMITE DE MEDICINA ESPECIALIDAD		
	REALIZA ACTIVIDADES DE VISIÓN PERCANA	CUANTO TELEFONICAMENTE	ESTADO DE SALUD		FECHA DE NACIMIENTO	
			LABORAL	INTENSIVO	SEGURO	DE MAY. A JUN.

CLINICA O NOMBRE DEL ESPECIALISTA		DOMICILIO	TELEFONO	FIRMA DEL ESPECIALISTA
CUIDAD	DEDULA PROF.	REC. S.S.A.	RFC	_____

Rx

	ESF	CIL	EJE	ADD (BFOCAL)
O.D.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
O.I.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

D.I.

Altura de Oblea

SELLO

CLINICA

TIEMPO APROXIMADO PARA QUE EL PRESENTE SEA VALORADO VISUALMENTE:

