



SECRETARIA DE SALUD
OFICIALIA MAYOR
DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS
DIRECCIÓN DE PERSONAL
SUBDIRECCIÓN DE REMUNERACIONES E INCIDENCIAS
DEPARTAMENTO DE CONCILIACIÓN DE REMUNERACIONES
COMPROBACIÓN DE NOMINA (RH-33)

FECHA: 1 U. R.: 2 ADSCRIPCIÓN: 3

QUINCENA : 4

NOMINA ORDINARIA 5 NOMINA EXTRAORDINARIA

PENSIÓN ALIMENTICIA PAGO RETROACTIVO

CHEQUES Y/O COMPROBANTES 6		TOTAL 7	DETENIDOS 8	TOTAL DEPTO. 9	PAGADOS RECIBIDOS 10	CANCELADOS 11
DEL	AL					

OBSERVACIONES	
DESCRIPCIÓN DE RANGOS DETENIDOS POR EL DEPTO. DE CONCILIACIÓN DE REMUNERACIONES 12	

DEPTO. DE CONCILIACIÓN DE REMUNERACIONES DATOS DE LA U. R.

NOMBRE: 13 NOMBRE DEL HABILITADO: 14

FIRMA 15 - FIRMA _____16

.COORDINADOR ADMINISTRATIVO: 17

SELLO 18 FIRMA _____19

**SECRETARIA DE SALUD
SUBSECRETARIA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD
DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD
COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA
OFICINA DE RECURSOS HUMANOS
PAGADURÍA**

INSTRUCTIVO DE LLENADO PARA LA ELABORACIÓN DEL FORMATO F-4, (COMPROBACIÓN DE NOMINAS)

- 1. SE PONDRÁ LA FECHA DE ELABORACIÓN DE LA MISMA**
- 2. PONDRÁ LA CLAVE DE LA UNIDAD RESPONSABLE**
- 3. SE ANOTARA EL NOMBRE DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA**
- 4. SE ANOTARA LA QUINCENA QUE SE COMPROBARA**
- 5. SE ANOTARA EL TIPO DE QUINCENA A COMPROBAR YA SEA ORDINARIA, EXTRAORDINARIA, RETROACTIVA O PENSIÓN ALIMENTICIA**
- 6. SERÁ LLENADOS CON LOS RANGOS DE LOS COMPROBANTES O CHEQUES, YA SEA EN FORMA CONTINUA O DESCONTINÚA**
- 7. ANOTARA EL TOTAL DE COMPROBANTES O CHEQUES RECIBIDOS**
- 8. EN CASO DE QUE SE QUEDEN DETENIDOS, ANOTAR CUANTOS SE QUEDAN**
- 9. SE ANOTARA EL TOTAL RECIBO DE LA CANTIDAD TOTAL MENOS LOS DETENIDOS**
- 10. EL TOTAL PAGADO AL PERSONAL**
- 11. EN CASO QUE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA CANCELE UN PAGO, SE ANOTARA EL NUMERO DE COMPROBANTES O CHEQUES**
- 12. SE PONDRÁ EL NUMERO DE FOLIO DE LOS COMPROBANTES O CHEQUES CANCELADOS**
- 13. ANOTARA EL NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE LA COMPROBACIÓN CORRESPONDIENTE**
- 14. SERÁ LLENADO CON EL NOMBRE DEL PAGADOR HABILITADO RESPONSABLE DE LA COMPROBACIÓN**
- 15. FIRMARA EL RESPONSABLE DE RECIBIR LA COMPROBACIÓN RESPECTIVA**
- 16. FIRMARA EL PAGADOR HABILITADO COMO RESPONSABLE DE LA COMPROBACIÓN**
- 17. SE ANOTARA EL NOMBRE DEL COORDINADOR ADMINISTRATIVO DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA**
- 18. SE PONDRÁ EL SELLO DE L DEPARTAMENTO RECEPTOR DE DICHA COMPROBACIÓN**
- 19. FIRMARA EL COORDINADOR ADMINISTRATIVO DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA**